

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

343

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 13 Mai 1899, à 1 heure

PAR

Georges PICARD

NÉ AU LOCLE (SUISSE), LE 10 MARS 1872

Ancien Prosecteur d'Anatomie à l'École de Médecine de Besançon

Contribution à l'étude clinique

DES TUMEURS

DE LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE

Président : M. RAYMOND

Juges : MM. HUTINEL, professeur

ROGER

LAUNOIS

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

P. DELMAR, 23 bis, RUE DES ÉCOLES

—
1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES TUMEURS
DE LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MARFAN.	VARNIER.
ALBARRAN.	DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
ANDRE.	GAUCHER.	MENETRIER.	WAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MÉRY.	WALTHER.
BROCA Aug.	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
BROCA André.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHARRIN.	LAUNOIS.	TESSIER.	
CHASSEVANT.	LEGUEU.	THIERY.	
DELBET PIERRE.	LEJARS.	THIROLOIX.	
DUPRÉ.	LEPAGE.	THOINOT.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. le Dr PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 13 Mai 1899, à 1 heure

PAR

Georges PICARD

NÉ AU LOCLE (SUISSE), LE 10 MARS 1872

Ancien Prosecteur d'Anatomie à l'École de Médecine de Besançon

Contribution à l'étude clinique

DES TUMEURS

DE LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE

Président : M. RAYMOND

Juges : MM. HUTINEL, professeur

ROGER

LAUNOIS



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

P. DELMAR, 23 bis, RUE DES ÉCOLES

—
1899

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse

M. le Professeur RAYMOND

Professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière

Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

En février dernier, M. le Professeur Raymond, dont nous avons eu l'honneur de suivre le service à la Salpêtrière, présentait dans une de ses leçons cliniques, un malade atteint de tumeur de la base de l'encéphale. Analysant un à un tous les symptômes, il fit avec une remarquable précision le diagnostic de tumeur de la fosse cérébrale moyenne.

C'est à ce propos que M. le Professeur Raymond nous conseilla de rechercher dans la littérature médicale les observations de tumeurs de cette région et d'en faire l'étude clinique.

Nous n'avons pas la prétention d'exposer une étude complète d'un sujet aussi compliqué. Nous chercherons seulement, d'après les observations que nous avons pu recueillir, à mettre en valeur quelques symptômes de tumeurs de la fosse cérébrale moyenne.

Nous rappellerons d'abord brièvement les principaux rapports anatomiques de cette région, puis nous citerons les observations que nous avons recueillies. En nous ap-

puvant sur celles-ci, nous étudierons les symptômes des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne et nous chercherons à propos de leur diagnostic à les différencier des tumeurs des fosses cérébrales antérieure et postérieure. Enfin, après quelques considérations sur le pronostic et le traitement, nous terminerons par les conclusions que ce sujet nous inspire.

Mais auparavant nous avons à cœur de rendre hommage aux maîtres qui nous ont aidé dans nos études et accordé leur bienveillance.

Que nos professeurs de l'Ecole de Médecine de Besançon reçoivent ici l'assurance d'un respectueux et sincère attachement. Nous remercions tout particulièrement M. le Docteur Mandereau, professeur d'anatomie, qui nous fit l'honneur de nous admettre auprès de lui comme prospecteur.

Nous ne saurions non plus oublier M. le Docteur Prieur, professeur d'histologie et M. le Docteur Bruchon qui nous donna les premières notions de clinique médicale.

A Paris, nous avons accompli notre stage, pendant un an, dans le service de M. le Docteur Gouraud, médecin de l'Hôpital de la Charité. Nous nous souviendrons avec gratitude de son précieux enseignement.

Que M. le Professeur Tillaux dont nous avons suivi, pendant un an, avec tant d'intérêt, les magistrales leçons cliniques, veuille bien agréer ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

L'excellent souvenir que nous avons conservé du temps passé à la clinique Baudelocque nous fait un devoir d'ex-

primer nos sentiments respectueux et reconnaissants à M. le Professeur Pinard, dont les conseils et les avis nous ont permis de compléter nos connaissances pratiques en accouchement.

C'est à M. le Professeur Raymond que nous devons l'idée première de ce travail. Encouragé par la bienveillance dont il nous fit preuve, nous avons largement mis à profit sa science. Nous n'oublierons jamais l'accueil rempli d'affabilité qu'il nous a réservé et l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les documents nécessaires à notre travail. En voulant bien accepter la présidence de notre thèse, il nous a fait un grand honneur ; nous sentons tout le prix d'une telle faveur, et nous le prions d'agréer l'assurance de nos sentiments de profonde gratitude.

M. le Docteur Philippe, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Salpêtrière, nous a été d'un précieux concours pendant la préparation de notre thèse, qu'il veuille bien accepter nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Rapports anatomiques de la fosse cérébrale moyenne

Nous ne décrirons, dans ce court chapitre d'anatomie, que les rapports intéressant notre sujet.

La fosse cérébrale moyenne est limitée en avant, sur la ligne médiane, par la gouttière optique, et sur les côtés par le bord postérieur des petites ailes du sphénoïde. Sa limite postérieure est constituée sur la ligne médiane par le bord supérieur de la lame quadrilatère du sphénoïde ; sur les côtés par le bord supérieur du rocher. A la formation de cette fosse concourent : le corps du sphénoïde, la grande aile du même os, l'écaille temporale et la face antérieure du rocher.

La fosse cérébrale moyenne est en rapport, dans sa partie médiane avec le corps pituitaire ou hypophyse, logé dans la selle turcique qu'il remplit entièrement ; avec les parties encéphaliques qui limitent l'espace interpédonculaire et qui sont : en avant, le chiasma optique qui repose sur la gouttière optique, les deux bandelettes optiques qui, nais-

sant des angles postérieurs du chiasma, se dirigent obliquement en arrière et en dehors ; en arrière, les deux pédoncules cérébraux dont la face inférieure répond tout d'abord à la partie toute supérieure de la lame quadrilatère du sphénoïde et repose plus loin sur la selle turcique. Cette face inférieure, est croisée obliquement à sa partie la plus antérieure par la bandelette optique correspondante. Le nerf moteur oculaire commun a son origine apparente sur le côté interne du pédoncule cérébral. En quittant le pédoncule il se dirige obliquement en avant, en dehors et un peu en haut vers le côté externe de l'apophyse clinoïde postérieure.

Dans sa partie externe ou fosse sphéno-temporale, la fosse cérébrale moyenne est en rapport avec les méninges, la partie antérieure du lobe temporo-occipital, les nerfs moteur oculaire commun, pathétique, moteur oculaire externe, le ganglion de Gasser et les trois branches du trijumeau qui en partent.

Le nerf moteur oculaire commun, un peu en avant de l'apophyse clinoïde postérieure perfore obliquement la dure-mère et s'engage dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus caverneux. Suivant alors un trajet postéro-antérieur il gagne la fente sphénoïdale dont il occupe la partie la plus large.

Le nerf pathétique pénètre dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus caverneux. Là, il est situé au-dessous du moteur oculaire commun et au-dessus de l'ophtalmique. Il gagne ensuite la fente sphénoïdale.

Le nerf moteur oculaire externe perfore la portion de la

dure-mère qui unit l'apophyse clinoïde postérieure au sommet du rocher, et arrive bientôt dans le sinus caverneux. Il parcourt ce sinus d'avant en arrière et parvient ainsi à la fente sphénoïdale. Dans le sinus caverneux, il chemine entre le nerf ophtalmique qui est en dehors et la carotide interne qui est en dedans.

Le ganglion de Gasser est couché sur la partie interne de la face antérieure du rocher. Il laisse échapper les branches terminales du trijumeau :

1^o Le nerf ophtalmique, la plus interne et la plus antérieure des trois branches du trijumeau, se détache de la partie interne du ganglion de Gasser. De là, il se porte obliquement en haut, en avant et en dedans, s'engage dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus caverneux, et se dirige vers la fente sphénoïdale qui le conduit dans l'orbite. L'ophtalmique est séparé tout d'abord du pathétique par un intervalle de 3 ou 4 millimètres ; il s'en rapproche ensuite graduellement et finit même par l'atteindre pour occuper à partir de ce point son côté externe. Tous les deux croisent alors à angle aigu le nerf moteur oculaire commun et viennent se placer au-dessus de lui.

2^o Le nerf maxillaire supérieur se détache du bord inférieur du ganglion de Gasser, entre l'ophtalmique qui est en dedans et le maxillaire inférieur qui est en dehors. De là il se porte d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors vers le trou grand rond.

3^o Le nerf maxillaire inférieur est constitué par deux racines : une racine sensitive, qui se détache de la partie la plus externe du ganglion de Gasser, immédiatement en

dehors du nerf maxillaire supérieur ; une racine motrice. Ces deux racines se dirigent en dehors et un peu en avant vers le trou ovale.

On le voit, la fosse cérébrale moyenne contient des parties encéphaliques et des nerfs importants. Une tumeur comprise dans ses limites et se développant soit aux dépens des os, des méninges, ou de la face externe des circonvolutions, accusera sa présence par des symptômes assez complexes.

Mais avant de décrire ces symptômes, nous allons citer les observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE II. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur Raymond) (1)

Garçon âgé de 17 ans, exerce la profession de menuisier.

Antécédents héréditaires. — Ses parents vivent encore. Le père est sujet depuis longtemps à des douleurs dont il est assez difficile de déterminer la nature; il a abusé de boissons alcooliques. La mère a souffert de crises convulsives dans son enfance; par moment, elle éprouve des souffrances plus ou moins vives du côté de l'estomac. A part cela, sa santé est bonne. Elle a eu treize grossesses, dont deux terminées par fausse couche; une troisième a abouti à l'expulsion d'un enfant mort-né, à terme. Elle a perdu un de ses enfants de la coqueluche et un autre de péritonite. Huit enfants sont encore en vie.

Antécédents personnels. — Le malade est né à terme; il a commencé à marcher à l'âge de onze mois. A dix-huit mois il parlait. Il a été propre de bonne heure. Son enfance s'est écoulée sans maladie; il n'a eu ni maux d'yeux, ni

(1) *Semaine médicale*, 1^{er} mars 1899, p. 65. — Prof. Raymond, Clinique des maladies nerveuses. Tumeur de la base de l'encéphale.

maux d'oreilles. A l'école il a toujours été noté comme un bon élève.

D'après le dire de ses parents, vers cinq ans, il était sujet la nuit, à des accès de somnambulisme spontané. A l'âge de douze ans, il fut admis à l'hôpital Trousseau pour une bronchite considérée comme tuberculeuse. Il resta à cet hôpital quatre mois. Depuis, il éprouve des maux de tête, d'ailleurs assez mal localisés aux tempes, à la nuque. Ces accès de céphalalgie ne s'accompagnent pas de vomissements.

Le malade est entré en apprentissage à l'âge de quatorze ans; à partir de cette époque, il a contracté l'habitude de boire 2 ou 3 verres de vin, dans les intervalles des repas; il n'absorbait pas d'autres boissons alcooliques.

Dès les premiers temps de son apprentissage, il a eu quelques syncopes. En même temps, sa mère a remarqué que la mémoire de son fils devenait moins nette et que son caractère perdait de sa vivacité.

Il y a deux ans environ, ce garçon était en train de viser le rebord d'une planche à raboter, lorsqu'il s'aperçut en fermant l'œil gauche, qu'il ne voyait presque plus de l'œil droit. Il se rappelle qu'auparavant il lui était arrivé maintes fois de cogner des passants dans la rue et que c'était toujours ceux qui se trouvaient à sa droite. Souvent aussi il avait heurté des becs de gaz. Sa maladresse alla ensuite en augmentant; les maux de tête devinrent plus intenses, en même temps qu'ils se localisaient davantage dans la région occipitale. C'était, raconte-t-il, comme si on lui avait donné des coups de poing sur cette région; il souffrait au point d'être parfois obligé de quitter son travail pour aller se coucher.

Le malade entre à la Salpêtrière au mois de janvier 1898.
— C'est un jeune homme très chétif, malingre, au regard

terne, aux téguments décolorés. Il paraît très petit pour son âge; effectivement sa taille mesure 1 mètre 45. Le crâne est difforme, étroit et mince dans la région frontale; il offre des bosses occipitales volumineuses et asymétriques. Les dents et la voûte ogivale présentent une conformation régulière. Par contre on remarque une certaine asymétrie de la face, qui s'accroît lors des mouvements expressifs, à l'occasion du rire par exemple. Toutefois il n'y a pas de paralysie faciale; les réactions électriques ont été trouvées absolument normales, et il y a absence d'asymétrie lors de certains mouvements, tels que ceux d'ouvrir la bouche, de siffler, de souffler. La force musculaire est égale des deux côtés, pour tous les mouvements de la face que l'on commande au malade de faire.

Le patient présente du strabisme. Déjà depuis quelque temps, les personnes de son entourage lui avaient fait remarquer qu'il louchait.

Les mouvements des membres s'exécutent d'une façon normale et avec vigueur. A l'examen dynamométrique, on note 18 à la main droite et 15 à la main gauche.

L'examen de la sensibilité ne révèle pas d'anesthésie appréciable. On ne constate pas non plus de troubles du côté des sens spéciaux, sauf pour les yeux et l'odorat, sur l'état desquels nous reviendrons dans un instant.

Le malade peut à peine se tenir debout; pour marcher il élargit sa base de sustentation et oscille d'un côté à l'autre. La force musculaire est conservée, malgré l'amaigrissement musculaire généralisé. Au membre inférieur gauche, on note une ébauche de trépidation spinale. Les réflexes tendineux sont partout exagérés; les réflexes cutanés n'offrent rien d'anormal.

Les maux de tête persistent; il ne se passe pas de jour sans que le patient en souffre. Tantôt, il éprouve une dou-

leur derrière l'œil droit, comme si on lui donnait des coups sur cet œil; tantôt il ressent une céphalée diffuse. Le matin, par exemple au réveil, il se sentira comme étourdi, avec de la lourdeur de tête. Au moment de se lever, il fléchira sur ses jambes, et il n'aura que le temps de remonter sur son lit. Au bout d'environ un quart d'heure, il se mettra à vomir, et les vomissements persisteront encore vers midi. Ces sortes de crises, que le malade appelle des syncopes, se répètent une fois au moins par semaine. Pendant leur durée, le patient pâlit, sans perdre connaissance. Le visage se couvre de sueur. Les battements du cœur se précipitent; le pouls est à 130, il devient petit, irrégulier. A chaque instant, à ces moments-là, on croirait que ce garçon va mourir.

Cependant, les troubles les plus accusés sont ceux qui affectent la vision. L'œil droit est complètement amaurotique. Le malade peut lire sans beaucoup de difficulté, mais il lui arrive assez souvent de passer des mots, tantôt les premiers, tantôt les derniers d'une ligne. Il écrit d'une façon régulière. Un examen des yeux a donné les résultats suivants : il n'existe pas de paralysie des muscles extrinsèques; l'œil droit est en légère divergence en dehors. La pupille droite, un peu plus large que la gauche, ne réagit pas à la lumière; la gauche réagit bien quand la projection lumineuse se fait en face et dans la partie interne du champ visuel conservé; le réflexe fait défaut dans la partie abolie du champ visuel. Quant au réflexe consensuel, la pupille droite qui, excitée directement ne réagit pas, fait réagir la pupille gauche, mais elle n'est pas influencée par l'excitation de cette dernière. La réaction aux efforts d'accommodation est normale des deux côtés.

Au point de vue ophtalmoscopique, à droite la papille est décolorée, surtout dans son segment externe. Elle est

d'un blanc nacré, légèrement excavée, de forme ovale. Les contours sont un peu épaissis, sans encoches, ni dentelures. Le côté temporal est parfaitement délimité, tandis que le côté nasal, est flou, et son bord n'est pas nettement tranché. Les veines et les artères sont plus grosses qu'à l'état normal; on remarque quelques capillaires très apparents.

A gauche, le nerf se présente comme une masse grise, couverte de gros vaisseaux qui le masquent presque entièrement. Les bords sont infiltrés et se confondent avec la rétine qui, elle-même, est envahie par la suffusion en cet endroit. Artères et veines plus volumineuses et plus nombreuses qu'à l'état normal, s'entre-croisent sur la papille et forment un vrai plexus. L'examen fonctionnel des yeux dénote à droite une amaurose complète. A gauche, au contraire, l'acuité visuelle est conservée pour la moitié droite du champ visuel, malgré les altérations ophtalmoscopiques qui intéressent toute la rétine correspondante, mais au périmètre on trouve de ce côté une hémiopie.

Il y a donc névrite totale à droite et névrite de la moitié droite de la rétine gauche, ou névrite partielle de ce côté.

En outre, l'examen de l'olfaction fait constater des troubles très nets, exclusivement localisés du *côté droit*. De ce côté, le malade ne perçoit aucune odeur, tandis qu'à gauche la sensation est normale. Par contre le goût est bien conservé.

L'examen des poumons n'a révélé aucune lésion. En dehors des crises de céphalée, avec ou sans vomissements, le pouls bat normalement 80 fois à la minute. Les fonctions digestives sont régulières.

Signalons encore, comme un stigmate de dégénérescence physique, le faible développement des organes génitaux,

qui chez notre malade ne sont pas plus gros que chez un enfant de douze ans et se trouvent absolument glabres.

Diagnostic. — Tumeur de la base de l'encéphale, tumeur dont la masse principale est située à droite de la scissure interhémisphérique, un peu en avant du chiasma, mais qui déborde la scissure à gauche, de sorte qu'elle comprime le segment interne du nerf optique gauche, le tronc entier du nerf optique droit, la bandelette olfactive droite, le pied du pédoncule cérébral droit ainsi que les filets de l'oculomoteur commun droit, destinés à l'iris et au droit interne. Il s'agit là d'un diagnostic de présomption. Il pourrait se faire, et l'ensemble symptomatique serait alors également très facile à comprendre, que la tumeur fut en arrière du chiasma, comprimant et détruisant la bandelette optique droite. La tumeur en se portant en arrière peut aussi détruire la bandelette olfactive droite, au moment où celle-ci aborde la substance grise perforée. Enfin elle agit également en cette région sur le pied du pédoncule droit.

Dans tous les cas, qu'elle siège en avant ou en arrière du chiasma, la tumeur se trouve certainement sur les confins des fosses cérébrales antérieures et postérieures, au niveau des petites ailes du sphénoïde.

Traitement. — Dès l'entrée du malade à la Salpêtrière, il a été soumis à un traitement spécifique intensif sans résultat; au début, on ne lui faisait prendre que de l'iodure de potassium, en usant de toute la prudence que commandait son état général. Un peu plus tard on a associé le mercure à l'iodure sans plus de succès. On a cherché à calmer la céphalée à l'aide de glace sur la tête et à l'aide de la phénacétine donnée à l'intérieur à la dose quotidienne de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr. Le patient a été alimenté avec du lait.

Le malade a succombé en février 1899, à une septicémie d'origine buccale, avec stomatite ulcéro-membraneuse et abcès de la parotide.

Autopsie pratiquée par M. le Docteur Philippe

CHEF DU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La cause prochaine de la mort a été une septicémie à point de départ bucco-pharyngé (stomatite ulcéro-membraneuse; congestion pulmonaire double; rate infectieuse).

— Nous voulons avant tout insister sur les résultats fournis par l'autopsie de l'encéphale.

Lors de l'extraction du cerveau, en soulevant les lobes antérieurs, on découvre une masse qui adhère à la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne, au niveau de la selle turcique; cette masse, au toucher, est irrégulière, mamelonnée, fluctuante en plusieurs points. L'extraction totale ne peut s'opérer qu'avec une certaine force, et l'on ouvre de la sorte plusieurs petites cavités, d'où s'échappe un liquide blanc, jaunâtre, assez clair, sans grumeaux.

Le cerveau étant étalé sur la table d'amphithéâtre, par sa convexité on trouve à la base, dans l'espace interpedunculaire, surtout dans sa moitié droite, un véritable néoplasme, de forme irrégulièrement arrondie, gros comme une mandarine. La portion inférieure, qui adhérerait à la dure-mère de la selle turcique, est constituée par une série de petites cavités communiquant les unes avec les autres, et ouvertes lors de l'extraction; leurs parois sont tapissées par des bourgeons blanchâtres, déchiquetés, très mous et s'effritant aisément sous le doigt. — Les autres portions du néoplasme sont des kystes remplis de liquide, assez tendus, à parois fibreuses, blanchâtres, moyennement épaisses. — En haut, le néoplasme s'enfonce dans le troisième ventricule; en avant, sur les côtés et en arrière, il a

écarté respectivement le chiasma, les bandelettes optiques, les pédoncules cérébraux.

Dans son ensemble, le cerveau est augmenté de volume; il n'a plus sa consistance normale; sur la table d'amphithéâtre il s'affaisse aisément, bien qu'il n'ait subi aucun phénomène de putréfaction : cela tient à la distension assez marquée des ventricules latéraux, sous l'influence de l'hydrocéphalie interne : on s'en rend bien compte en ouvrant par une incision vertico-transversale les cornes occipitales très élargies des ventricules.

Topographie générale de la tumeur : Les coupes, faites après durcissement, seront seules capables de donner les limites exactes de la tumeur et de dire quelles sont toutes les parties détruites ou simplement comprimées. Cependant, l'examen frais permet de constater ce qui suit :

Le chiasma ne paraît pas détruit; il a été simplement écarté, comme « étiré » sous la pression du néoplasme; on le retrouve appendu à la face antérieure de la tumeur, et de lui se détachent très nettement les deux nerfs optiques. Ces nerfs ont leur volume normal; ils ne sont ni comprimés, ni dégénérés; au lieu d'être rapprochés comme d'habitude, ils se trouvent séparés par un intervalle de plusieurs centimètres, à cause de « l'étirement » de leur chiasma.

La bandelette optique gauche est parfaitement reconnaissable : elle peut être suivie dans son trajet, autour du pédoncule, jusqu'à la fente de Bichat; elle doit être absolument saine?

La bandelette optique droite n'est plus visible. A ce niveau, la tumeur a pénétré profondément en plein tissu cérébral. Le pôle temporal est écarté du lobe orbitaire par un prolongement de la tumeur qui s'enfonce entre les deux

lobes, comme un coin. La bandelette optique droite doit être complètement détruite.

Les deux nerfs olfactifs se retrouvent aisément, dans la dépression légère qui les loge à la face correspondante du lobe orbitaire. A gauche, la masse grise de l'écorce, considérée comme leur aboutissant, est saine; à droite au contraire, elle est envahie par le tissu néoplasique.

Enfin, la tumeur a détruit toute la substance de l'espace interpédonculaire, les tubercules mamillaires, la substance constituant le plancher du troisième ventricule, tout a disparu. — La tumeur fait saillie dans le ventricule correspondant, considérablement dilaté.

Du côté de la selle turcique, l'os a subi un certain processus de raréfaction : le corps du sphénoïde est beaucoup plus poreux qu'à l'état normal. Ce processus d'ostéite raréfiante se passe ordinairement, on le sait, au niveau de l'os comprimé par une tumeur quelconque.

Le corps pituitaire n'a laissé aucune trace.

En résumé, la tumeur paraît avoir détruit la bandelette optique droite, les terminaisons centrales du nerf olfactif droit, en respectant le chiasma, les deux nerfs optiques, le nerf olfactif gauche, la bandelette optique gauche, les pédoncules cérébraux et le nerf moteur oculaire commun. Malgré l'espace relativement minime, dans lequel évoluait cette tumeur, elle a dû se développer aux dépens de la moitié droite, en empiétant très peu sur tous les tissus de la moitié gauche.

Examen microscopique de plusieurs fragments de la tumeur par M. le Docteur Philippe

Les coupes, pratiquées en divers points de la tumeur, sur trois fragments différents, et colorées par le picrocarmin ammoniacal de Ranvier, puis par l'hématéine ou

l'hématoxyline alunée, montrent d'abord que le tissu néoplasique est partout constitué de la même façon : il s'agit d'un *endothéliome dont la transformation kystique est très accusée dans toutes ses régions*.

Les cellules néoplasiques sont assez volumineuses, à protoplasma abondant, à noyau petit; quelques-unes sont fusiformes; la plupart sont polyédriques, par pression réciproque, sans doute à cause de la tension du liquide contenu dans les cavités kystiques. Les kystes paraissent s'être développés de la façon suivante; en un point de la tumeur, souvent dans le voisinage immédiat d'un vaisseau, le tissu se raréfie, les cellules disparaissent, le réticulum constitué par un fin treillis de fibrilles connectives entrecroisées diminue également: il se fait en dernière analyse une cavité. La cavité d'abord petite ne tarde pas à se réunir avec une ou plusieurs cavités voisines, et ainsi se trouvent constitués ces vastes kystes, qui au premier coup d'œil, sur la table d'amphithéâtre, paraissaient former toute la tumeur de l'espace interpédonculaire.

OBSERVATION II

(*Rosenthal, Oestr. med. Jahrb, 1870, page 236.*)

Une femme de 39 ans prétend être sujette, depuis deux ans, à de la céphalalgie, à des vertiges: l'acuité visuelle aurait diminué, tandis que les membres droits se paralysaient. L'examen fournit les résultats que voici : Paralysie de l'oculo-moteur commun du côté gauche; paralysie du facial inférieur et des extrémités du côté droit; en même temps anesthésie considérable de la moitié droite du corps. Balbutiement, langue difficilement mobile, lourde, déviant vers la droite, quand la malade la tire. Nevrorétinite qui

à droite a déroulé toutes ses phases, à gauche présente l'état aigu. Vertiges à ce point violents que la malade demeure la plupart du temps couchée; elle ne peut, à raison des vertiges, demeurer que quelques minutes sur le côté gauche. Deux fois au cours ultérieur de la maladie se sont montrées des convulsions des extrémités supérieures et inférieures dans le sens de l'extension (sans coma); envies irrésistibles d'uriner (la malade est au quatrième ou cinquième mois de sa grossesse). Dans les derniers jours de la vie la paralysie atteint encore l'oculo-moteur commun du côté droit. Mort de pneumonie.

Autopsie. — Entre les deux pédoncules cérébraux existe au-dessous du lieu où se divise l'artère basilaire au-dessous de la glande pituitaire, une tumeur plus grosse qu'un pois; la partie la plus interne du pédoncule cérébral droit, ainsi que la portion adjacente de la calotte (étage supérieur du pédoncule cérébral) est ramollie. La portion interne du pédoncule cérébral gauche contient un kyste du volume d'un pois qui a également détruit les racines de l'oculo-moteur commun gauche qui la traversent. De la partie antérieure de la substance perforée postérieure sort une tumeur plus grosse qu'un haricot (glio-sarcome) qui s'est substituée aux tubercules mamillaires et à la portion postérieure du tuber cinereum; elle comprend dans sa substance le nerf oculo-moteur commun droit.

OBSERVATION III

(*Medical and Surgical Reporter Philad 1890, T. II, p. 217*)

H. F., 14 ans.

Antécédents héréditaires excellents. Pas d'hérédité neuropathique.

Enfant bien développé.

Antécédents personnels. — En février 1888 traumatisme après lequel il resta d'abord sans connaissance. Pas de suites ; le lendemain ils s'amusaient comme de coutume. Trois semaines après il parut avoir les oreillons ; mais, le médecin ne fut pas appelé. Quelque temps après on note une certaine maladresse dans les mouvements. Puis, bientôt apparaît une hésitation dans la parole. En juin 1888 hémorrhagie par l'oreille droite et par la bouche. En novembre, écoulement aqueux par la même oreille. En mars 1889, séries de convulsions du côté gauche.

Etat actuel. — Bras gauche, jambe, face, iris, orbiculaire des paupières et langue paralysés. L'iris droit réagit mais pas l'iris gauche.

Hémianopsie. Contracture du bras et de la jambe gauche. Réflexes pupillaires augmentés. Clonus du pied. Troubles vaso-moteurs de la main et du pied.

Vomissements.

Diagnostic. — Sclérose descendante secondaire à une grosse lésion intra-cranienne, probablement une tumeur localisée dans l'écorce de la région motrice droite.

Trépanation exploratrice au-dessus de la circonvolution frontale ascendante gauche qui donna un résultat complètement négatif.

Mort cinq heures après.

Autopsie. — Masse adhérente au sommet du rocher, à gauche de la selle turcique. Compression du pédoncule cérébral gauche très fortement et un peu aussi du pédoncule droit. Dégénérescence kystique.

OBSERVATION IV

(Audry, *Lyon Médical*, 16 Septembre 1888, p. 74.)

M..., âgé de 6 ans, entre dans le service de M. le Docteur Laure le 11 janvier 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer utérin.

L'enfant, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital de la Charité, fut pris de vomissements répétés, de vertiges et d'une photophobie intense. Du moins s'efforçait-il de fermer convulsivement ses paupières. Quelques jours après la famille s'apercevait que le petit malade ne pouvait plus se conduire.

A son arrivée dans la salle on constate immédiatement que les symptômes oculaires prédominent chez le nouveau venu.

Les paupières supérieures sont constamment abaissées ; elles sont serrées contre les inférieures par une sorte de spasme qui gêne dans l'examen des parties profondes.

Relevées par la main de l'observateur, elles laissent voir les globes oculaires qui sont complètement immobiles et dans la position médiane. On n'a en effet pas grand'peine à se convaincre que tout mouvement, et cela dans n'importe quel sens, est absolument impossible à ces derniers. L'œil droit présente une légère exophtalmie. L'enfant est absolument aveugle. Les deux pupilles égales sont moyennement dilatées et ne réagissent pas à la lumière.

Examen ophtalmoscopique. — L'examen révèle une névrite optique double : fond rouge, papille hyperhémée, se distinguant à peine sur le fond de l'œil ; œdème peripapillaire à bords diffus, formant une sorte de nuage grisâtre, qui, à droite notamment, se prolonge le long des vaisseaux. La lésion paraît plus avancée à droite.

L'intelligence est absolument conservée, l'enfant répond très bien aux questions qui lui sont posées. Il n'accuse pas de maux de tête. Vomissements absents. Somnolence légère.

L'ouïe et l'odorat sont intacts.

Il n'existe pas trace de paralysie motrice autre que celle des muscles oculaires.

25 janvier. Mêmes phénomènes oculaires : les pupilles dilatées ne réagissent pas à la lumière. L'enfant ne paraît pas sentir le vinaigre. On constate une anesthésie au contact et à la piqure des conjonctives et de la cornée. Cette anesthésie se retrouve aussi et très marquée au niveau du nez. Elle s'atténue en partant des ailes de celui-ci ; mais elle existe encore sur les joues, sur la lèvre supérieure et un peu sur le front.

Le malade présente une éruption maculeuse du tronc.

31 janvier. Coryza purulent, surtout à gauche. Pas de paralysie du facial, ni du trijumeau moteur.

7 février. Les cornées et les conjonctives bulbaires, surtout la gauche, qui paraissaient insensibles, il y a quelques jours, sont redevenues sensibles.

Les jours précédents, on a vu se développer des deux côtés, mais surtout à droite, une exophtalmie, qui, à l'heure actuelle, est devenue excessive. A droite, la paupière est soulevée par le globe propulsé ; elle est rosée avec un réseau vasculaire très fin. De ce côté, les paupières sont d'ailleurs très œdématisées. Ecoulement séreux et un peu roussâtre des deux yeux, surtout à droite. A droite encore, on constate un œdème considérable de toute la conjonctive bulbaire inférieure qui forme un chémosis présentant une couleur jaune clair, au niveau de la cornée. Les globes sont, bien entendu, toujours immobiles.

La sensibilité reste très diminuée, au niveau du nez et de

chaque côté des narines; cependant l'enfant peut percevoir le contact prolongé d'une grosse tête d'épingle.

Les deux narines offrent un écoulement muco-purulent, et même sanguinolent à gauche.

Le facial est intact; les membres ne sont ni paralysés ni contracturés. L'enfant reste immobile dans le décubitus dorsal en s'alimentant encore.

16 février. L'œil droit est presque chassé de l'orbite, en soulevant les paupières œdématisées et rouges. La cornée enchassée dans le chemosis a perdu sa transparence. Une sécrétion purulente s'écoule à ce niveau. Les troubles trophiques sont encore peu marqués dans l'œil gauche; cependant celui-ci seul paraît être le siège de vives douleurs.

On retrouve les mêmes troubles sensitifs que dans les derniers examens.

20 février. L'œil droit n'est plus qu'une masse réduite en bouillie qui fait hernie à travers les paupières tuméfiées et suppurantes. L'œil gauche est moins saillant, mais il est déjà complètement nécrosé.

Le malade, qui ne souffrait pas au début, de la tête, pousse fréquemment des gémissements et même des cris. Il ne mange plus, paraît offrir du délire par intervalles.

Il n'existe pas de troubles moteurs du côté des membres supérieurs et inférieurs.

24 février. On constate les mêmes phénomènes. Un abcès de la grosseur d'une amande s'est formé depuis 3 jours au niveau de l'angle interne de l'œil gauche.

1^{er} mars. Les deux globes oculaires réduits à un moignon informe sont complètement chassés des orbites. On aperçoit, touchant presque à l'ouverture de la narine gauche et contenu dans cette dernière, le prolongement rosé d'une tumeur.

3 mars. L'enfant qui ne s'alimentait plus, meurt dans l'adynamie sans avoir présenté de phénomènes nouveaux.

Autopsie. — Il existe à la base du crâne une tumeur volumineuse dont la masse principale siège dans la région moyenne, au niveau de la selle turcique. Nous la décrivons d'abord avant de passer à l'étude de ses prolongements.

Son poids, abstraction faite de ces derniers, est de 120 grammes.

Ses limites supérieures ont la forme d'une surface légèrement arrondie et lobée. A leur niveau la tumeur a détruit le plancher du troisième ventricule et celui du prolongement antérieur des ventricules latéraux qu'elle remplit. Elle vient en effet jusqu'au contact du plafond de ces derniers : dans ce point la substance cérébrale est désorganisée par la compression. Le néoplasme enlevé, ce qui reste des lobes antérieurs de l'encéphale s'affaisse, n'étant plus soutenu.

En avant, la tumeur va jusqu'aux apophyses cristagalli et jusqu'aux orbites; elle se continue à ce niveau par des prolongements que nous examinerons plus loin. En arrière elle s'arrête à la protubérance qui est saine ainsi que les pédoncules cérébraux.

Latéralement, les fosses latérales du crâne sont respectées. Le tronc du trijumeau forme de chaque côté la limite postéro-externe. Une section de cette tumeur permet de distinguer trois zones. La zone supérieure, deux fois plus haute à elle seule que les deux autres réunies, offre une couleur toute particulière : elle est d'un violet foncé, allant presque jusqu'au noir. La région intermédiaire est blanchâtre, plus consistante; elle doit correspondre au niveau des méninges disparues. Enfin la partie inférieure est constituée par des adhérences de la tumeur aux os de la base. Celles-ci sont assez molles et ont l'aspect de détritits pulpeux et rou-

geâtres. Le néoplasme a détruit complètement la paroi inférieure des ventricules latéraux, la glande pituitaire et le chiasma. Les bandelettes optiques existent encore dans leurs régions postérieures, mais leurs extrémités antérieures ont complètement disparu, englobées par la tumeur.

Cette dernière envoie en avant deux prolongements d'un blanc tirant sur le gris, d'une consistance plutôt molle, un peu mamelonnés à leur surface. Ils sont très volumineux et pénètrent dans les cavités orbitaires en englobant dans leur masse les nerfs optiques. Tous les nerfs moteurs des muscles de l'œil, et ceux-ci eux-mêmes, sont aussi enchassés dans la tumeur qui a repoussé au dehors les globes oculaires sphacelés.

Mais ce n'est pas tout. Le prolongement de l'orbite droit, après avoir longé la paroi interne des plans osseux, a perforé la lame perpendiculaire de l'ethmoïde pour faire une légère saillie dans la fosse nasale. A gauche le même phénomène s'est produit, et le bourgeon cancéreux plus volumineux fait hernie hors de la narine, comme on a pu le constater du vivant du malade. Enfin, du prolongement gauche se détache encore une végétation néoplasique qui retourne en arrière et vient s'implanter sur la partie supérieure du voile du palais.

Les os du crâne sont intacts et les coupes qui ont été multipliées ne révèlent aucune autre lésion de l'encéphale.

Les poumons sont sains ; le rein gauche, à un examen macroscopique grossier, paraît peut-être un peu malade. Le cœur est petit et ne pèse que 75 grammes. Aucun noyau cancéreux dans les organes extra-craniens.

Examen histologique de la tumeur. — Les parties noirâtres rappelant l'aspect de la truffe ou du sarcome mélanique, sont simplement constituées par des hémorrhagies

considérables, au sein desquelles apparaissent çà et là quelques éléments cellulaires.

Les autres régions ont été examinées par les procédés ordinaires (alcool acide picrique, gomme et alcool; coloration au picro-carmin) et voici ce qu'on a constaté :

A première vue on croirait avoir affaire à un lymphosarcome. Il existe un amas de cellules petites, arrondies, fortement colorées, dont le noyau n'est pas homogène et qui contiennent une quantité appréciable de protoplasma. Ces cellules paraissent englobées dans un réticulum : mais si on traite la préparation par le pinceau, on voit que ce réticulum n'est pas celui des tissus lymphoïdes ; il est formé par de véritables et fines travées conjonctives circonscrivant des alvéoles irrégulières dans lesquelles sont plongées les cellules. Si on examine comparativement le tissu d'une glande pituitaire normale, on est frappé de la ressemblance qu'offre le stroma alvéolaire de cette dernière avec celui de la tumeur qui paraît cependant moins solide, moins robuste en quelque sorte.

OBSERVATION V

(*Mensinga, Uber einen Fall von Tumor der Hypophysis cerebri. — Thèse de Kiel 1897.*)

Le 7 novembre 1896, je fus appelé auprès de la malade. Elle souffrait déjà depuis plusieurs années et avait été traitée par un confrère en 1893 et en 1894, pour anémie profonde, troubles digestifs, affaiblissement de la mémoire, diminution de l'acuité visuelle. Elle ne présentait ni paralysie, ni parésie ni paresthésie. On ne songea pas à une tumeur cérébrale.

La patiente, âgée de 50 ans, est née le 9 avril 1848; sa mère est morte tuberculeuse, son père qui était bien portant est mort de vieillesse à l'âge de 60 ans; elle a un frère

vivant et en bonne santé. Dans sa jeunesse, la patiente habituellement bien portante eut une angine et la rougeole; elle se maria à l'âge de 32 ans, elle a eu cinq grossesses; quatre de ses enfants sont vivants, le cinquième est mort de la diphthérie. En 1889, elle eut une grossesse qui se termina par fausse couche.

Ménopause en 1891.

On ne peut préciser exactement le début de la maladie actuelle : en 1887 ou 1888, la malade se plaint de maux de tête continuels dans la région frontale.

En 1889, vomissements, céphalalgie. La menstruation devient irrégulière; les règles apparaissent toutes les cinq ou six semaines; pendant leur durée, les maux de tête deviennent plus violents.

En 1892, la malade remarque que son acuité visuelle a diminué; elle éprouve des douleurs dans les yeux, sa céphalée augmente.

Pendant les trois ou quatre dernières années, survient peu à peu une sorte de léthargie qui arrive à un degré tel que la patiente s'endort tout à coup en parlant ou en mangeant. Elle tient mal son ménage et devient malpropre sur elle; sa mémoire, son intelligence et ses forces s'affaiblissent. Pendant les dernières semaines elle dort nuit et jour, même en mangeant des aliments qu'elle prend avec un certain appétit, si bien que l'on est obligé de la réveiller.

Son tissu adipeux s'est beaucoup développé. Depuis l'apparition des douleurs de tête, les selles sont devenues rares. Depuis 6 mois la malade a de l'incontinence d'urine, elle a constamment froid aux pieds. Depuis 3 ans elle se plaint de raideur et de douleurs dans le bras et le dos; depuis un an, de raideur, de faiblesse, de douleurs dans les jambes et de sensation de vertige pendant la marche.

Ses parents ont remarqué, quand elle était couchée,

qu'elle avait des mouvements irréguliers des bras et des jambes. L'ouïe, l'odorat, le goût ont toujours été normaux. — Etat de la malade le 7 novembre 1896 : Lorsque j'entrai dans sa chambre, elle était couchée et paraissait dormir. Sa face était pâle, sa voix très peu articulée, les yeux demi-ouverts, les muscles du visage presque immobiles.

Elle se plaignait surtout de céphalalgie frontale. Fréquence du pouls normale, pulsations un peu faibles, pas de fièvre, mouvements respiratoires lents, réguliers, profonds; réflexes normaux; les pupilles réagissent lentement; les bras sont fléchis et opposent une certaine résistance quand on essaie de les allonger.

L'examen de la sensibilité ne donne aucun résultat à cause du sommeil presque ininterrompu de la patiente.

Transportée à la clinique de Kiel le 8 novembre 1896, elle se plaint de maux de tête revenant par accès durant lesquels elle a souvent des vomissements. Dans l'intervalle son état est assez bon, mais bientôt la céphalalgie devient continue. Depuis une année elle ne peut presque plus marcher, elle heurte les objets avec ses pieds, elle vacille comme si elle était ivre. Depuis 9 mois légère incontinence d'urine. L'acuité visuelle qui au début diminuait insensiblement a diminué très rapidement dans les derniers temps.

Il y a quatre jours, la malade pouvait encore faire son ménage sans cependant pouvoir exécuter des travaux pénibles, mais depuis elle a dû s'arrêter, parce que son état s'est aggravé et que ses douleurs de tête sont devenues de plus en plus violentes.

Hier elle pouvait encore parler et avaler; depuis ce matin elle ne parle plus, elle est sans connaissance, ne répond pas quand on l'appelle, ne réagit pas quand on la pince. La bouche ne se referme pas quand on l'ouvre et alors la ma-

lade fait des mouvements de défense avec la main droite tandis que la main gauche reste inerte.

Mouvements des extrémités, bouche fermée, mâchoires serrées, pupilles très étroites, égales, ne se dilatent pas dans l'obscurité. Respiration stertoreuse, lèvres sèches, langue sèche et brunâtre. Pouls radial difficilement perceptible; fréquence des bruits du cœur : 120 à la minute. Ces bruits sont assez faibles, l'étendue de la matité précordiale est un peu agrandie. Le bruit de la pointe n'est pas perçu. La respiration est faible. La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier. Le foie est un peu abaissé; la rate n'est pas palpable. Pas de paralysie faciale, cependant la joue gauche est un peu flasque. Le bras gauche est complètement inerte, il retombe comme mort, lorsqu'on l'abandonne à lui-même. La jambe gauche est moins mobile que la droite. Du côté droit, le bras et la jambe, sont un peu raides. Pas de réflexes, incontinence d'urine. Par le cathétérisme, on retire de la vessie quelques centimètres d'urine claire et acide qui contient un peu d'albumine et pas de sucre.

8 novembre. — A midi, température 38° 7; après une lotion froide 36° 4; le lendemain matin à 6 heures 38° 6.

De l'examen clinique qui fut pratiqué le 9 novembre à 11 heures du matin, je rappellerai seulement ce que je n'ai pas encore signalé : Sur tout le corps de la malade on trouve de petites hémorrhagies cutanées punctiformes irrégulières. La palpation de la tête n'est pas douloureuse. Les yeux sont déviés à gauche. A l'examen du fond de l'œil on voit que les papilles sont pâles, les vaisseaux ne sont ni élargis ni sinueux (atrophie des papilles). Ponction lombaire à midi. On retire 3 centimètres, cubes de liquide. Mort peu de temps après.

Autopsie. — Crâne épaissi, dure-mère tendue. Sinus longitudinal rempli de sang. Surface interne de la dure-

mère lisse, brillante; arachnoïde mince, blanchâtre par places. Vaisseaux saillants, remplis de sang. Circonvolutions très aplaties. Sillons disparus. Les ventricules très élargis contiennent environ 80 centimètres cubes de liquide. A la base, sur la selle turcique se trouve une petite tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule qui repousse les nerfs optiques en avant et en haut. Ceux-ci sont aplaties mais d'aspect normal. La tumeur a en arrière et en haut une enveloppe mince; en bas, elle est située dans la selle turcique. A la place de l'hypophyse se trouve une masse rose, gris tendre, un peu liquide. A gauche et en avant, la tumeur a perforé le crâne et a pénétré dans les fosses nasales et l'antra d'Highmore gauche. La dure-mère est tendue sur la tumeur mais n'est pas perforée. En déchirant l'enveloppe lisse de la tumeur, il s'en écoule un liquide sanguinolent. Après durcissement, on voit à la coupe que la tumeur est formée d'une masse gris rosée, présentant de nombreuses hémorragies à l'intérieur. La tumeur a 3 centimètres de profondeur et 4 centimètres de longueur. Elle est limitée en haut par une couche de 2 centimètres 1/2 d'épaisseur qui contient l'arachnoïde et des restes de substance cérébrale. Le chiasma est formé par une masse épaisse qui contient très peu d'éléments nerveux. Le 3^e ventricule se prolonge en arrière en un canal de 0,07 centimètres qui aplatit les pédoncules cérébraux, de même que les tubercules quadrijumeaux. L'aqueduc de Sylvius est comprimé par la tumeur. Le 4^e ventricule est étroit, les ventricules latéraux très élargis.

Diagnostic. — Hydrocéphalie chronique. Carcinome simple de l'hypophyse avec perforation du crâne.

OBSERVATION VI

(Audry, *Lyon méd.*, 16 Sept. 1888, p. 82. — Henoch.)

Fillette de 6 ans, ayant longtemps souffert de maux de tête. Amaurose complète des deux yeux avec une neuro-rétinite double. A gauche ptosis moyen et immobilité complète du globe oculaire. Coryza avec écoulement purulent. Mort du fait d'une scarlatine intercurrente.

Autopsie. — Myxosarcome remplissant à gauche la fosse moyenne du crâne, étendu à travers la lame criblée dans la narine gauche. La tumeur qui présentait la grosseur de la moitié du poing avait envahi le chiasma et les nerfs de l'œil gauche.

OBSERVATION VII

(Reymond, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1893, page 687.)

Femme âgée de 35 ans sur les antécédents de laquelle on ne peut fournir que peu de renseignements. — Soignée dans le service de M. le docteur Guyot.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, cette malade se présentait dans un hôtel garni et demandait à coucher ; elle n'avait rien mangé depuis trois jours.

Elle répondit mal aux questions qui lui furent posées ; elle avait un air hébété qui ne fit que s'accroître le lendemain ; on la conduisit à l'hôpital, elle y va en marchant et donne son nom. — Température 38° 6.

Il s'écoula 8 jours entre l'entrée de cette malade et sa mort. A aucun moment elle n'eut ni paralysie, ni anesthésie. Ses paupières sont fermées ; les pupilles dilatées se contractent mal à la lumière ; un seul jour on remarqua de l'inégalité des pupilles. Il existe de l'amaurose qui va en aug-

mentant chaque jour. Les traces d'intelligence disparaissent et dès le lendemain de son entrée la malade ne comprend rien à ce qu'on lui dit.

Elle continue à manger, elle est constipée, le ventre n'est pas rétracté. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Elle ne pousse ni cris ni gémissements, paraît ne pas souffrir. Elle meurt dans le coma.

La température est rarement descendue au-dessous de 39° pendant ces huit jours ; elle est montée deux fois au-dessus de 40° ; au moment de la mort le thermomètre marquait 40° 6.

Le diagnostic qui parut le plus probable fut celui de méningite tuberculeuse à forme très anormale.

Autopsie. — En ouvrant la boîte crânienne on constate ; 1° un foyer hémorragique ; 2° une tumeur déprimant la face inférieure du cerveau, mais restant adhérente à la base du crâne et correspondant au corps pituitaire. Cette tumeur s'était creusée une dépression dans la cinéurem : la tige pituitaire avait disparu, et il ne paraissait exister aucun intermédiaire entre la tumeur et la face inférieure du cerveau. La selle turcique est déformée et agrandie ; la dure-mère enveloppe la tumeur sans y adhérer, celle-ci facilement énucléée se présente sous une forme ovoïde parsemée de bosselures arrondies. Le grand axe antéro postérieur de la tumeur mesure 4 centimètres, l'axe transversal 3 centimètres, l'axe vertical 2 cm 1/2. La tumeur pèse 25 grammes.

OBSERVATION VIII

(*Lancereaux, Bull. de la Soc. anatom. 1859, page 105.*)

La malade, âgée de 45 ans, entra dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu, le 9 février 1859. Durant le premier mois de son séjour, elle se plaignit de douleurs vagues

dans l'abdomen, de mauvaises digestions avec perte de l'appétit et constipation. Elle offrait en même temps un peu d'ictère, surtout manifeste aux sclérotiques. Le foie, peu augmenté de volume, présentait des bosselures distinctes à la palpation. Au commencement de mai elle commença à parler d'une douleur de la tête bornée au côté gauche ; cette douleur s'était déjà fait sentir depuis longtemps ; toutefois elle se montrait actuellement avec une intensité insupportable. A partir de cette époque la vue a commencé à s'affaiblir, le sommeil est devenu impossible, l'intelligence s'est altérée ; huit jours avant la mort l'amaurose était presque complète et le système musculaire considérablement affaibli des deux côtés. Enfin, le 14 mars, survinrent brusquement des convulsions et du délire alternant avec des périodes de coma et de résolution générale. La mort eut lieu le 16 mars au matin, dans un accès.

Autopsie. — Les os du crâne sont sans altération, la dure-mère et l'arachnoïde pariétales sont intactes ; sur la partie viscérale de cette dernière membrane se voient par transparence de petits points blanchâtres, disséminés et assez rares, du volume d'un grain de millet et dus sans doute à un dépôt plastique. Ces dépôts occupent la surface externe des hémisphères.

La vascularisation de la pie-mère paraît plus grande que dans l'état normal ; un grand nombre de vaisseaux sont gorgés de sang et sinueux. Les artères de la base sont sans altération.

Le cerveau est volumineux et paraît difficilement contenu dans ses membranes ; la substance est plutôt ramollie qu'indurée, sans adhérence avec la pie-mère. La coupe y fait constater un pointillé un peu exagéré.

Le liquide des ventricules ne paraît pas augmenté de quantité. Les corps striés, les couches optiques, le cervelet

et les autres portions de l'encéphale n'offrent pas d'altération appréciable à l'œil nu. On constate seulement un peu de ramollissement du tuber cinereum, dont la coloration est rougeâtre. Cette lésion est évidemment consécutive et due à la présence d'une tumeur qui occupe la selle turcique et qui a pour siège le corps pituitaire. En détachant le cerveau de la base du crâne, on a en effet laissé adhérent à cette dernière dans l'enfoncement situé entre les apophyses clinoides antérieures et postérieures, un corps ovoïde du volume d'un petit œuf de pigeon, qui, par son sommet, se trouvait engagé dans le tuber cinereum, dont il a pu se détacher sans déchirure. Il laisse toutefois en ce point une légère dépression, espèce d'infundibulum qui lui servait de réceptacle.

La surface externe de ce corps assez régulier dans sa forme est blanchâtre, sa consistance est ferme. La coupe fait voir qu'il est formé à la circonférence par une trame résistante de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, tandis qu'à l'intérieur il se trouve composé par une masse blanche désagrégée et ramollie assez analogue à de la matière tuberculeuse.

L'examen microscopique de cette tumeur a permis d'y reconnaître les éléments suivants : corps fusiformes et tissu fibroïde constituant presque entièrement la tunique extérieure ; noyaux et cellules, globules angulaires analogues aux corpuscules tuberculeux, matière granulée à l'intérieur.

OBSERVATION IX

(Société anatomique, Bulletin N° 3, Mars 1885.)

M. Luys présente une pièce qu'il a recueillie dans le service de M. Maissenet, à la Salpêtrière, sur une femme de 88 ans sur laquelle on possède les renseignements suivants :

Atteinte depuis 4 ans d'une paraplégie et d'une oscillation toute particulière de la langue, cette malade n'avait jamais eu d'attaques épileptiques, de troubles sensoriels, ni même de céphalalgie. L'intelligence est restée nette jusqu'à la fin. Une tumeur du volume d'un œuf, mollassse, fongoïde se trouve placée comme à cheval sur la limite des fosses cérébrales antérieure et moyenne du côté gauche ; elle est reçue dans une sorte de loge profonde formée par une dépression du lobe frontal, dont le tissu aplati et condensé, réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier est devenu translucide. Le nerf optique du côté gauche est légèrement comprimé, le chiasma intact.

OBSERVATION X

(*Audry, Lyon médical, 16 Sept. 1888, p. 82, Abercrombie*)

Fillette de 11 ans, ayant longtemps souffert de maux de tête et à l'intelligence médiocre.

En 1874, chute sur le front à la suite de laquelle s'établissent une céphalée continue et des épistaxis fréquentes.

En décembre, le mal de tête devient épouvantable, il s'accompagne de fièvre.

L'enfant ne peut supporter ni la lumière ni le bruit. Strabisme. Accès convulsifs durant parfois une demi-heure. En mars, amélioration qui persiste un an. En mai 1876, la céphalée s'installe de nouveau : strabisme, amblyopie. En juillet, amaurose complète. Finesse excessive de l'ouïe. Mort en octobre.

Autopsie. — Tumeur grosse comme une noix, siégeant sur la selle turcique, jaunâtre, de la consistance du tissu médullaire et limitée par une membrane. Elle comprimait le chiasma.

OBSERVATION XI

(*Leclerc, Revue de Médecine, Décembre 1887.*)

Léonard J..., âgé de 64 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 décembre 1886, dans le service de la clinique médicale de M. le Professeur Lépine.

Jadis garçon de recette, il a dû renoncer depuis quelques mois à des occupations désormais au-dessus de ses forces, et actuellement il exerce la profession de concierge. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Si l'on en excepte une rougeole dans l'enfance, jamais aucune maladie ne vint troubler sa santé qui fut parfaite jusqu'à l'âge de 50 ans. A cette époque il devint rapidement un peu obèse, et aujourd'hui encore c'est un homme plutôt gros.

Il y a 7 ans, si l'on en croit son récit, il tomba subitement en faisant sa ronde de recettes quotidienne, perdit connaissance et se réveilla douze heures après, sans présenter ni troubles de la motilité, ni embarras de la parole. D'ailleurs au bout de quatre jours il pouvait reprendre son service. Le malade attribue cet accident aux chaleurs excessives de l'époque.

Quoi qu'il en soit, sa santé ne parut point en souffrir, puisqu'il put sans peine reprendre ses occupations assez pénibles et assez délicates. A partir de ce moment, il perdit simplement un peu de son embonpoint. Ce n'est qu'au mois de juin 1885 qu'il commença définitivement à être malade.

A cette époque survint une *céphalalgie* qui depuis a toujours persisté avec des modifications que nous signalerons. Ce fut d'emblée un mal de tête violent qui arracha bien souvent au malade des cris de douleur et de désespoir. Les souffrances étaient intermittentes et paroxystiques, sans que rien ne pût faire prévoir au malade ni la fin, ni

le retour des accès dont la succession ne manquait pas de se produire, mais dont la durée comme les intervalles étaient irréguliers. La céphalalgie, d'abord unilatérale, occupait toute la moitié droite de la tête depuis le front jusqu'à l'occiput, avec irradiations fréquentes dans la région de la nuque. Les choses en restèrent là pendant une année environ, s'il faut en croire le récit de Léonard J... dont la mémoire est certainement compromise.

Environ une année après le début de la céphalalgie, c'est-à-dire en juin 1886, la vue jusque là bonne diminua d'une façon très rapide dans l'œil droit, puis quelque temps après et brusquement, cet œil présentait une chute de la paupière supérieure. En même temps le malade remarqua que le globe oculaire de ce côté devenait peu à peu saillant. Peu de temps après les mêmes phénomènes passaient du côté droit dans le côté gauche. Dès lors la céphalalgie toujours aussi violente devint bilatérale et rapidement l'œil gauche présenta un certain degré d'amaurose. Concurrément Léonard J... avait fréquemment, soit au milieu du repas soit le matin à jeun, des vomissements soudains, sans nausées prémonitoires. Les troubles de la vue furent bientôt si intenses que le malade qui, jusque là, avait fréquenté seulement les consultations gratuites du Bureau de Bienfaisance, se présenta à la clinique ophthalmologique de M. le Professeur Gayet, le 24 juillet 1886. On constata alors les phénomènes suivants : un peu d'injection conjonctivale des deux yeux, ptosis de l'œil droit, exorbitisme très notable du même côté, paralysie complète pour le droit externe, à peu près complète pour le droit supérieur, parésie du droit interne, anesthésie de la cornée, chambre antérieure diminuée par projection de l'iris, tout cela du côté droit. Gérontoxon double. A droite l'acuité visuelle est réduite à un dixième, à gauche elle est réduite à un

tiers. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien ou à peu près rien d'anormal. Les contours de la papille sont parfaitement nets, il n'existe point d'infiltration œdémateuse; il n'y a rien là qui ressemble à une papille étranglée. Et cependant un mois seulement après le début des troubles fonctionnels de la vision tel était déjà le degré d'amaurose qu'à droite l'acuité visuelle était réduite à un dixième.

Le 4 août on note à la clinique ophtalmologique une paralysie des muscles moteurs de l'œil gauche et on conseille au malade d'entrer dans un service de médecine.

Cependant il demeure chez lui jusqu'au 12 décembre, jour où il est admis à la clinique médicale. A son entrée on note l'état suivant:

Léonard J... est un homme pâle, doué d'un certain embonpoint. Son état général est relativement satisfaisant. Ce qui frappe tout d'abord c'est un *excrbîlisme* double plus prononcé à droite qu'à gauche, et une occlusion à peu près complète des deux yeux. Pour regarder et pour voir les personnes placées en face de lui, le malade est obligé de soulever avec sa main une des paupières supérieures.

L'occlusion est totale à droite; à gauche l'espace interpalpebral mesure encore environ deux millimètres. Les pupilles sont inégales, la pupille droite présente une légère mydriase. Toutes deux réagissent très mal en présence de la lumière, et le réflexe pupillaire est à peu près complètement aboli de chaque côté. Les deux globes oculaires demeurent immobiles lorsqu'on invite le malade à porter le regard d'un côté ou d'un autre. C'est à peine si, avec l'œil droit, Léonard J... peut exécuter un léger mouvement de rotation en dehors. Les deux pupilles regardent directement en avant, il n'y a pas de strabisme. La vue est presque complètement abolie à droite et considérablement diminuée à gauche.

En somme, ophtalmoplégie double, avec abolition du réflexe pupillaire, exorbitisme bilatéral, amaurose double, tels sont les symptômes oculaires qui frappent l'observateur à première vue. L'examen du fond de l'œil pratiqué encore une fois à la clinique ophtalmologique fournit les résultats suivants : les 2 pupilles sont blanches, crayeuses, leurs contours sont nets, il n'y a œdème ni exsudats le long des vaisseaux. Bref, cet examen, rapproché de celui qui a été fait au mois de juillet, démontre l'existence d'une atrophie papillaire double, qui s'est effectuée sans que jamais la papille ait présenté les caractères de la papille étranglée.

Interrogé sur les motifs qui l'amènent à l'hôpital, le malade attire immédiatement et avant tout l'attention sur les troubles de la vision et sur la céphalalgie. Cette céphalalgie n'a jamais cessé d'exister depuis 1885. Elle est seulement plus opiniâtre, les paroxysmes sont devenus subintrants. De plus la région de la pommette droite est depuis quelques jours le siège de picotements et l'on note un peu d'hyperesthésie à ce niveau. La sensibilité générale est d'ailleurs intacte sur tout le reste du corps. Quant aux sens spéciaux non encore mentionnés, ils ont paru normaux presque jusqu'à la fin. Néanmoins, quelque temps avant sa mort, Léonard J... a présenté une diminution de l'odorat. Toutefois il ne semble pas avoir eu une anosmie complète. Du côté de la motilité rien de bien anormal dans le système locomoteur des membres. Le malade marche lentement mais sans trébucher. Avec les mains il fait tourner l'aiguille du dynamomètre jusqu'au chiffre 50-50 et aussi bien avec la main droite qu'avec la main gauche. La face immobile et sans expression ne présente pas de déviation. Lorsque le malade sort la langue, celle-ci se dévie et s'incurve fortement du côté droit. Cette hémiplegie linguale gauche daterait d'un mois seulement.

Les réflexes rotuliens sont sensiblement normaux.

A ce moment l'état psychique de Léonard J... laisse peu à désirer. Notons cependant une diminution notable de la mémoire dont il avait parfaitement conscience. Il est en outre maussade et un peu grincheux. Toutes les fois que la mémoire n'est pas en jeu ses réponses sont nettes. Seulement les mots sont parfois mal articulés, ce qu'explique très bien l'hémiplégie linguale. L'état général est assez satisfaisant. L'examen des différents viscères ne révèle rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; elles sont de quantité normale.

Du 11 décembre, jour de l'entrée, jusqu'au 15 février, jour de la mort, on a noté les particularités suivantes : la céphalalgie a été excessivement intense, les vomissements ne se sont pas reproduits, la déviation de la langue n'a fait qu'augmenter. L'œil gauche s'est complètement fermé et l'amaurose a fait des progrès tels que, vers la fin de sa vie, Léonard J... était presque aveugle. En même temps son état psychique a subi les modifications suivantes :

Sa mémoire s'est affaiblie davantage, de grincheux, il est devenu querelleur, insupportable pour les autres malades. — A tout moment il sort de son lit, pousse des cris, et cherche noise à l'un et à l'autre, à tel point qu'on est obligé de l'enfermer dans un cabinet d'isolement. Puis, les derniers jours, il est pris de véritable délire ; la difficulté pour articuler les mots augmente de plus en plus, si bien qu'il ne balbutie plus que quelques paroles à peine compréhensibles. La faiblesse générale s'accroît rapidement et la mort arrive dans le marasme. La température rectale prise pendant plus d'un mois n'a rien présenté de particulier, sauf une légère hypothermie qui s'est produite à trois reprises différentes et a duré chaque fois un à deux jours.

Le traitement a consisté en révulsifs à la nuque, iodure et bromure de potassium, chloral à l'intérieur.

Autopsie. — Après l'enlèvement de la calotte osseuse, on constate un peu d'infiltration œdémateuse des membranes de l'encéphale. Celui-ci est enlevé sans la moindre difficulté, on aperçoit alors une *tumeur implantée sur la partie médiane de l'étage moyen du crâne.* — Grosse environ comme un œuf de dinde, à grand diamètre antéro-postérieur et à petit diamètre transversal, elle occupe la selle turcique, c'est-à-dire la place même de la glande pituitaire. La tige pituitaire, parfaitement reconnaissable et nullement altérée en apparence, la surmonte, et même à l'endroit où elle prend ses racines dans la tumeur on constate la présence d'une petite saillie grosse comme un pois, qui tranche légèrement sur la surface uniformément plane du néoplasme. Cette petite saillie qui sert de piédestal à l'infundibulum et qui fait corps avec la tumeur, offre tout à fait l'aspect d'une petite portion de la glande pituitaire qui aurait échappé à la dégénérescence.

La tumeur se prolonge bien au delà des limites de la selle turcique. En avant et en arrière, elle a détruit les apophyses clinoides antérieures et postérieures, elle occupe toute la région médiane de l'étage supérieur et une portion de la même région de l'étage inférieur. Latéralement elle dépasse les bords de la selle turcique et par conséquent elle empiète un peu sur le domaine des fosses temporales. Solidement implantée sur la lame criblée de l'ethmoïde, dont on ne peut la détacher sans enlever des lamelles osseuses, elle s'étend plus loin en avant jusqu'au delà de l'apophyse cristagalli.

En arrière elle tapisse l'apophyse basilaire à laquelle elle adhère, et on la poursuit jusque sur le segment antérieur du trou basilaire.

A ce niveau son voisinage immédiat avec la protubérance a produit un léger aplatissement du lobe droit de cette portion de l'encéphale. Cette légère compression bien qu'évidente n'a pas été suffisante pour produire des phénomènes d'excitation ou de paralysie sur les conducteurs du mouvement et de la sensibilité. Le nerf grand hypoglosse gauche était comprimé par la tumeur à sa sortie du crâne par le trou condylien antérieur. Les adhérences à la dure-mère et aux os sont partout très solides; sur plusieurs points les parties osseuses ont été rongées et ont subi des déformations en rapport avec le développement de la tumeur soit en profondeur soit en superficie. Toutefois celle-ci se laisse isoler et énucléer complètement. — On enlève en même temps des nerfs dont elle a envahi le trajet et qui maintenant font corps avec elle. D'abord ce sont les deux bandelettes optiques. Entourées complètement et de chaque côté par le parenchyme de la tumeur dont elles affleurent les limites externes, elles y adhèrent si intimement qu'on ne peut les en séparer qu'en les sculptant pour ainsi dire avec la pointe du scalpel. Le chiasma n'est pas reconnaissable. De même les autres filets nerveux qui appartiennent à l'appareil de la vision et qui émanent du sinus caverneux pour aboutir à la fente sphénoïdale sont englobés dans la tumeur sur une étendue plus ou moins longue de leur trajet. Parmi eux on distingue assez facilement le tronc du moteur oculaire commun, mais il est à peu près impossible de reconnaître les autres filets plus petits, tellement leur trajet et leurs rapports réciproques sont modifiés par leur fusion avec le tissu du néoplasme.

A la coupe ce dernier montre à son centre une cavité kystique de la grandeur d'une petite noix. — La surface de la coupe n'a pas une teinte uniforme, mais une succession de zones grises alternant avec des zones rouge-framboise.

Résultat de l'examen histologique de la tumeur
pratiqué par M. le Professeur J. Renaut

Carcinome alvéolaire.

De distance en distance, on trouve de grandes cavités qui sont les cavités normales de l'hypophyse, à l'encontre desquelles végète le tissu du carcinome. Dans les parties examinées il n'y avait plus de vestiges du tissu hypophysaire. Les préparations des nerfs moteurs de l'œil, pincés par la tumeur ont révélé nettement l'existence d'une névrite (segmentation et disparition par places de la myéline réduite à l'état de boules granuleuses ; section en divers points des cylindres-axes).

OBSERVATION XII

(*Rosenthal, Handbuch der Diagnostik
und Therapie der Nerven-Krankheiten 1870, page 66. —
in Auché-Thèse, Paris 1873.*)

Le docteur W. médecin-major, âgé de 34 ans, d'une constitution robuste, fut pris en 1859, à la fin de la guerre d'Italie, de céphalalgie et de faiblesse de la vue. Les troubles de la vision consistaient en une confusion du champ visuel dans la zone périphérique d'abord du côté droit, puis du côté gauche, de sorte qu'à la longue il était devenu impossible au malade de distinguer les objets. L'examen ophtalmoscopique montra une coloration bleuâtre de la *papille*. En mai 1861, le malade éprouva une faiblesse croissante dans les membres inférieurs, de sorte qu'après avoir pu marcher d'abord avec une canne, il fut obligé de se servir de béquilles. Le mois suivant la motilité s'éteignit rapidement et le malade fut forcé de garder la chambre. Bientôt de nouveaux phénomènes apparurent. Ce fut de la poly-

phagie, de la polyurie et malgré l'augmentation considérable de l'appétit un amaigrissement croissant. L'urine était claire et sa quantité quotidienne s'élevait à 8 ou 10 livres. Sa densité oscillait entre 1°,38 et 1°,40. La sensibilité et l'intelligence restaient intactes.

En novembre 1861 le malade ne pouvait plus quitter le lit; les extrémités inférieures étaient paralysées, les supérieures indemnes.

Vers la fin de cette même année le malade ressentit des névralgies ciliaires internes, et qui ne furent que faiblement apaisées par les opiacés. Les inhalations de chloroforme étaient plus efficaces. — Dans les premiers mois de 1862 la consommation était extrême.

Trois jours avant sa mort (commencement de mai) le poulx s'accéléra, les urines subirent des modifications de couleur et de densité; on ne pouvait, dans les premiers jours, trouver trace de sucre.

Autopsie. — On trouve une tumeur du volume d'une noix, dure (sarcome), occupant l'hypophyse. Cette tumeur avait érodé la selle turcique et il ne restait qu'une trace du rebord osseux qui réunit les deux apophyses clinoides postérieures. Un prolongement du néoplasme avait pénétré dans la fente sphénoïdale et les nerfs optiques avaient subi une dégénérescence manifeste.

L'examen tant macroscopique que microscopique du 4^e ventricule n'eût rien découvrir. Les reins et le foie étaient hyperémiés.

OBSERVATION XIII

(*Archives de de Graefe, T. 12.*)

Un bel enfant florissant, de six ans, se frappe à la tête en tombant au début de la troisième année. Quatre semai-

nes plus tard il a une maladie fébrile de quatorze jours accompagnée de céphalalgies violentes mais sans symptômes cérébraux marquants, à laquelle il survit. Il se remet même complètement, mais les parents remarquent quelques mois plus tard un strabisme externe de l'œil gauche. Depuis deux ans on observa une saillie de l'œil gauche qui s'accrut graduellement; depuis six mois, décroissance progressive de la puissance visuelle de cet organe. D'ailleurs jamais aucune espèce d'autres symptômes.

A l'examen on ne rencontre nul symptôme cérébral, ni local, ni localisé. L'œil droit en particulier possède une acuité visuelle de plus de un, un champ visuel normal; fond de l'œil et mobilité du globe également normaux sans conteste. L'affection se borne à la projection du globe oculaire gauche dont la mobilité est réduite au minimum dans toutes les directions; l'ophtalmoscope décèle de la névrorétinite avec papille étranglée: c'est à peine si cet œil perçoit la lueur d'un rayon lumineux. La cause de la projection réside manifestement dans une tumeur assez tendue qui part du fond de l'orbite. On énuclée le globe oculaire, on énuclée le néoplasme dans sa totalité; on excise encore un petit bourgeon qui s'étend tout près du trou optique. Au début tout va bien; dix jours plus tard survient une méningite qui enlève le malade en trois jours.

Autopsie. — Immédiatement en arrière de l'apophyse cristagalli on rencontre une tumeur (gliosarcome) de 3 centimètres de long environ, large de 2 cm 1/2, qui repose sur la glande pituitaire et a creusé dans la base du crâne une profonde fossette; elle s'étend en avant jusqu'auprès du trou optique et a déterminé en arrière un très fort refoulement de la selle turcique. La selle turcique n'est plus le moins du monde reconnaissable. Postérieurement la tumeur gagne en arrière de la selle turcique la protubérance et est en cet

endroit en continuité immédiate avec le trijumeau gauche. Le nerf optique droit fournit un certain trajet parallèle à la tumeur, pour se perdre ensuite dans le néoplasme par lequel le chiasma est également absorbé. En disséquant la tumeur on ne peut constater que des tractus disséminés, fibres du nerf optique droit ; il est impossible de déterminer avec certitude le lieu du chiasma. La réunion des trousseaux nerveux en un tronc commun a tout à fait disparu.

Le nerf optique gauche n'est de même reconnaissable que dans une courte étendue ; il est environné d'une matière noirâtre. De la base la tumeur, du volume d'une pomme, située en avant des ganglions de la base qu'elle déplace complètement sans les intéresser, empiète sur la substance cérébrale.

OBSERVATION XIV

(*Belugou, Marseille médical 1891, p. 174-176.*)

R. Marie, lingère, âgée de 63 ans, est entrée à la Charité en 1886 pour cécité incurable. Dans sa famille il n'y a rien à signaler si ce n'est une sœur qui est née aveugle.

M^{me} R. est asthmatique depuis sa jeunesse.

A son entrée à l'hôpital elle est dans un état de torpeur très marqué, elle parle avec peine et ne fait aucun mouvement. Elle se plaint de sa gorge et ne peut presque pas avaler les aliments, même le lait qui séjourne un temps assez long dans sa bouche. A l'examen on constate les symptômes d'une stomatite presque gangréneuse avec dépôts pultacés. La poitrine est un peu oppressée : il y a une bronchite emphysémateuse. — Rien au cœur.

L'examen ophtalmoscopique donne les renseignements suivants : Milieux transparents, atrophie grise de la papille. à droite coude des vaisseaux, signe de névrite ancienne,

papille étroite irrégulière. A l'œil nu on voit que la pupille est immobile et dilatée, mais la paupière peut être élevée volontairement. Enfin la malade ne voit rien, elle a perdu la vue progressivement à partir de 1860, et elle a eu dans l'intervalle des céphalées violentes, mais il n'y a jamais eu des accès épileptiformes.

Autopsie. — Tumeur médiane et symétrique, très peu adhérente avec la masse encéphalique qui la recouvre, exerçant une certaine compression sur la masse nerveuse, ayant refoulé en haut la base du cerveau. La tumeur offre la forme d'un corps rond de la grosseur d'une pêche moyenne, elle remplit toute la selle turcique, mais n'est pas adhérente aux portions osseuses, du moins sur tout le pourtour. Sa consistance est dure, mais peut-être un peu moins à l'intérieur. A la coupe, on voit qu'elle est constituée aussi par des portions osseuses ou calcifiées. Elle ne paraît pas avoir agi sur les nerfs de la base du cerveau qui sont refoulés sur les côtés. Seules les bandelettes optiques, le chiasma surtout, sont atrophiés et en dégénérescence. Les vaisseaux qui passent dans le sinus caverneux ne paraissent pas comprimés de façon à être imperméables. Enfin la lame quadrilatère du sphénoïde est en partie disparue. La tumeur semble faire corps avec la glande pituitaire et l'on dirait qu'elle en dérive si, à un examen plus minutieux, on ne remarquait un léger sillon entre elle et la tumeur.

OBSERVATION XV

(*Brit. med. j.* 1893, t. 2, p. 1421. — in Auvray, *Thèse, Paris 1896.*)

Femme. 33 ans, admise à l'hôpital le 6 juin 1894, se plaignant de céphalée, tuméfaction des mains et des pieds.

Antécédents personnels. — Mariée, a eu 9 enfants.

Début des accidents en juin 1890 par la douleur. Intelligence normale. Mémoire un peu affaiblie. Elle dort bien quand sa douleur ne l'en empêche pas. Réflexes normaux. Sensibilité normale, sauf sur la joue gauche. Pupilles : 4 millimètres, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Rétine normale.

Elle se plaint d'une douleur aiguë dans la région innervée par le cinquième nerf cranien du côté gauche.

Système musculaire apparemment normal; réaction électrique normale.

Système circulatoire. — Bruit systolique à la pointe.

Système respiratoire normal.

Système digestif. — Langue large; oedémateuse; bon appétit; bonne digestion; douleur dans la moitié gauche de la bouche et de la gorge.

Système rénal. — Urine : quantité normale, densité 1020. s ucre ni albumine.

Glandes sanguines. — Rate normale; thyroïde normale, mais plus sensible.

Diagnostic. — Acromégalie.

Opération. — 2 février 1892.

Incision semi-lunaire au-dessus de la fosse temporale droite. Mise à nu de la dure-mère. La tumeur n'est pas trouvée.

Résultats. — Disparition de la douleur et amélioration sensible pendant trois mois, puis mort en avril.

Autopsie. — Tumeur sarcomateuse du corps pituitaire du volume d'une mandarine.

OBSERVATION XVI

(*Ekelund et Bjorkmann, Prager-Viertel 1863, p. 118.*)

Garçon de 11 ans, accusant, en octobre 1858, une douleur au niveau du globe oculaire gauche qui ne fit qu'augmenter depuis.

Le 20 janvier 1859, attaque convulsive accompagnée de perte de connaissance. A la même époque se développe sur le front, au-dessus de l'œil gauche, une tumeur douloureuse de la grosseur d'une noix volumineuse. Bientôt on voit se former plusieurs tubérosités occupant sur la tête des sièges et des dimensions variées.

Le 14 avril, nouvelle attaque de convulsions, suivie d'amaurose double. L'intelligence reste libre jusqu'à la mort qui survient le 3 mai. L'appétit et la digestion étaient restés normaux.

Autopsie. — Les deux globes oculaires étaient occupés par une masse cancéreuse, jaunâtre, qui pénétrait dans le crâne à travers les trous optiques. Au niveau de la selle turcique s'était développée une tumeur qui pénétrait le cerveau avec des limites peu distinctes. Le néoplasme avait 6 centimètres sur deux et demi. A sa surface et dans son épaisseur s'étaient établies des hémorrhagies nombreuses qui lui avaient donné une couleur rougeâtre. Entre la dure-mère et le crâne on retrouverait dans différents points des tumeurs semblables, mesurant 2 à 7 centimètres de long sur 1 à 2 de large. Au niveau des régions atteintes, les os étaient raboteux et couverts d'ostéophytes semblables à des pointes d'aiguilles.

OBSERVATION XVII

(*Prof. Raymond, Clinique des maladies du système nerveux, 3^e série, 1898, p. 41.*)

R..., âgé de 43 ans, inspecteur de la navigation à Paris, reçu dans le service de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière, le 20 avril 1896.

Antécédents familiaux. — Mère morte à l'âge de 46 ans, en état d'hydropisie, après deux années de maladie. Père asthmatique, mort à l'âge de 65 ans des suites d'une fièvre gastrique bilieuse, après 7 mois de maladie. — Trois sœurs plus âgées que R... et qui toutes se portent bien. — R... a une fille, âgée de 3 ans et demi, robuste et agile. En 1891, il a perdu une autre fille morte à l'âge de 17 mois d'une maladie qui avait débuté par des convulsions.

Antécédents personnels. — R... a toujours été malade pendant son enfance. Toutefois il a eu ses dents et il a commencé à marcher et à parler à l'âge habituel. A 12 ans, variole très grave. — De 16 à 20 ans, accès de fièvres paludéennes. — Pendant les années 1883-1884-1885, accès de névralgie sciatique, survenus à la suite de tirs couchés effectués dans la neige. Depuis plusieurs années le malade a un coryza chronique. Pas de traces d'éthylisme ni de syphilis.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie actuelle paraît remonter à l'année 1892; à cette époque, R... a éprouvé des sifflements d'oreilles. En juin 1894, il fut pris, sans cause apparente, d'un grand malaise suivi d'une syncope. Il interrompit pendant trois jours son service. — En décembre, il fut pris d'une névralgie qui gagna peu à peu le pourtour de l'œil gauche, puis la moitié correspondante de la gencive. — En janvier 1895, on s'aperçoit d'un commencement de déviation de l'œil gauche. — En février 1895,

le malade présente des accidents oculaires. — Amblyopie de l'œil gauche. — En mai 1893, la névralgie faciale est devenue intolérable, l'amblyopie de l'œil gauche a dégénéré en une amaurose complète. Depuis 1894 à 1896, le malade a été consulter différents médecins, qui l'ont soumis successivement aux traitements suivants : injections nasales, cathétérisme de la trompe d'Eustache, sirop de Gibert, iodure de potassium, injections de biiodure de mercure dans la région fessière. Le résultat de ces traitements a été absolument négatif.

Examen des yeux pratiqué par M. Sauvineau, à la Salpêtrière

le 15 Janvier 1896.

A gauche, *plosis* avec ascension du sourcil et plissement de la partie gauche du front. *Strabisme interne*.

Les droits supérieur et interne sont complètement paralysés, ainsi que le droit inférieur qui n'est pris que très légèrement.

La paralysie des obliques, grand et petit, est complète. — La pupille gauche égale à la droite ne se contracte plus sous l'influence de la lumière; par contre elle réagit énergiquement aux efforts d'accommodation.

La papille est le siège d'une atrophie blanche très avancée. Les bords se dessinent nettement sans suffusion.

Les gros vaisseaux présentent encore un aspect normal. L'acuité visuelle est presque nulle.

Le 22 janvier, pupille gauche en mydriase, elle ne réagit plus que très faiblement aux efforts d'accommodation.

Le 29 janvier on constate une exophtalmie assez prononcée de l'œil gauche. Les réflexes pupillaires sont complètement abolis.

L'œil droit est toujours dans un état normal.

Examen des oreilles pratiqué par M. Gellé

le 1^{er} Février 1896.

1^o Surdité gauche, avec obstruction tubaire gauche due à un épaississement de la paroi pharyngienne au-dessus et au-dessous du voile ;

2^o Pas de lésions objectives du côté du tympan ;

3^o Pression centripète positive montrant l'intégrité de l'appareil de transmission.

Le 20 avril 1896, le malade entre dans le service de M. le professeur Raymond, à la Salpêtrière.   cette date ses plaintes portent sur les points suivants :

1^o Douleurs atroces dans la moitié gauche de la face. Ces douleurs sont continues ; elles siègent surtout au niveau des gencives supérieure et inférieure à gauche et au niveau du sillon naso-labial de ce même côté. Elles occupent toute la région orbitaire correspondante. De temps à autre, elles irradient à toute la moitié gauche du cuir chevelu, gagnant la région occipitale. Il semble au malade qu'elles diminuent d'intensité quand il tient la bouche entr'ouverte ; elles s'exagèrent lors des mouvements de mastication et sous l'influence du moindre courant d'air. La pression au niveau des points d'émergence des nerfs mentonniers sus  t sous-orbitaires est plus sensible à gauche que du côté opposé, mais elle n'exagère pas considérablement la douleur ;

2^o L'œil gauche, frappé de cécité complète, est toujours caché par la paup i re supérieure tombante ;

3^o Le trismus qui a débuté au cours du mois d'août 1893 est all  en s'accroissant de jour en jour, mais avec lenteur.

Depuis le mois de janvier 1893, le malade a une salivation visqueuse qui l'impressionne beaucoup.

L' tat général est satisfaisant, R.... est un homme de

forte constitution, bien conservé, mais amaigri ; depuis un an il a diminué de 10 kilogrammes.

L'examen des viscères thoraciques et abdominaux n'a fait constater rien d'anormal. Le tronc et les membres ne présentent rien de particulier à signaler. Toutefois, les réflexes rotuliens sont un peu forts, mais il n'y a pas de trépidation spinale.

Quand on examine la face du malade, on est de prime abord frappé par le ptosis complet de la paupière supérieure gauche que refoule en avant le globe oculaire en exophtalmie. Le sourcil gauche est à au moins 1 millimètre au-dessus du sourcil droit.

Dans toute la moitié gauche du front les rides transversales sont manifestement relevées.

L'os malaire et l'arcade zygomatique paraissent plus saillants, plus volumineux à gauche qu'à droite.

De même la joue gauche paraît un peu plus saillante. Le nez présente une conformation normale.

La bouche est déviée ; son extrémité supérieure répond à la commissure labiale droite.

Tous les mouvements de la face sont normaux.

L'écartement des mâchoires ne dépasse pas 15 millimètres malgré les plus grands efforts.

La langue au repos est déviée à droite. Son antepulsion est limitée, la pointe de l'organe dépasse à peine de 3 millimètres les arcades dentaires. Tous les autres mouvements sont possibles.

Exploration de la sensibilité. — La pression est perçue partout. Au toucher très superficiel il y a anesthésie de presque toute la moitié gauche de la face. La piqure est perçue, mais elle ne développe pas de douleur.

L'anesthésie thermique est complète, le malade ne perçoit ni le froid, ni le chaud.

L'anesthésie porte sur toute la moitié gauche de la langue et du voile du palais, sur les gencives supérieure et inférieure.

Il existe également une hemianesthésie gustative et une anosmie correspondante.

Diagnostic. — Tumeur ayant sa masse principale près de l'émergence des racines du trijumeau gauche, et poussant un prolongement en avant, jusque dans la cavité orbitaire à travers la fente sphénoïdale.

Pour remédier aux intolérables souffrances du malade, on lui fit la résection du nerf maxillaire supérieur gauche à sa sortie du trou grand rond, au fond de la fosse pterygmaxillaire et l'élongation du nerf sous-orbitaire à sa sortie du trou homonyme. Les résultats thérapeutiques ont été nuls. Les douleurs ont persisté plus violentes peut-être qu'avant dans la zone de distribution de la V^e paire.

Le malade les localisait surtout au niveau de la commissure labiale gauche et de la moitié gauche du menton, ainsi que dans la joue gauche.

Bientôt la partie supérieure de la nuque et la face postérieure du crâne sont devenues douloureuses depuis la ligne médiane jusqu'à la ligne mastoïde gauche. Sans compter qu'immédiatement après l'opération les troubles trophiques ont fait leur apparition : les paupières de l'œil gauche ont été envahies par un œdème blanc et mou. La conjonctive s'est vascularisée et œdématiée.

Au bout de quelques jours l'œdème conjonctivo-palpébral s'est dissipé ; l'injection de la conjonctive a persisté, la cornée était terne.

Le malade souffrait autant que jamais ; il se plaignait continuellement d'insomnies et de cauchemars. Seule la morphine à la dose de 2 grammes à 2,5 grammes par jour

lui procurait du calme. Le trismus gênait beaucoup l'alimentation du malade.

Une salivation visqueuse incessante ajoutait encore aux souffrances de ce malheureux. La narine gauche était complètement bouchée. De temps à autre cette narine livrait passage à un écoulement épais, jaunâtre, puriforme. Une ou deux fois le malade a eu une légère épistaxis. Les injections boriquées sont restées sans effet sur l'écoulement nasal.

Le malade ne vomissait pas, il allait régulièrement à la selle. Les fonctions urinaires étaient normales.

Dès les premiers jours de juin, la situation de R. s'est aggravée. Il est tombé dans un état de demi-torpeur; ses forces ont diminué. Il restait couché presque toute la journée. La maigreur s'est accentuée. La voix est devenue plus faible, son teint plus jaune. Exposées à l'air, les extrémités ne tardaient pas à se refroidir.

Le pouls était rapide et faible.

Avec cela les douleurs étaient atroces, elles ne laissaient de repos au malade ni le jour, ni la nuit, malgré l'usage du chloroforme, du salophène, de l'acétanilide, de la morphine. Le siphonage au chlorure de méthyle a également échoué.

Le malade manifestait des intentions de suicide, il réclamait à tout prix une nouvelle intervention.

Le 13 juin M. Poirier a procédé à la découverte du ganglion de Gasser. Il constate que le fond de la fosse pterygo-maxillaire est comblé par des bourgeons d'aspect sarcomeux et qui englobent les nerfs et les vaisseaux. Il constate en outre que la tumeur avait gagné le trou petit rond et englobé l'artère méningée. La dure-mère qui enveloppait la pointe du lobe temporo-sphénoïdal était envahie par la tumeur, ainsi que la couche, de substance nerveuse immédiatement sous-jacente. Toute cette pointe dégénérée faisait corps avec le ganglion de Gasser sur lequel elle reposait.

M. Poirier a enlevé par grattage tout ce qu'il a pu, vidant les trous grand et petit rond.

Le lendemain de l'opération l'état général du malade s'est aggravé. — Prostration extrême, teint d'un jaune terreux. — T. 38°. Agitation, délire, pas de vomissements ni de convulsions.

Le 15 au matin, hypothermie (36°). Coma. Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — A l'autopsie on a trouvé une tumeur lobulée de consistance assez ferme, occupant toute l'étendue de la selle turcique. Elle s'élevait au-dessus d'un plan horizontal passant par les apophyses clinoides, en soulevant le chiasma des nerfs optiques. Elle envahissait les parois latérales de la selle turcique.

Pour découvrir la paroi latérale gauche et les organes inclus il a fallu inciser la tumeur. On a pu se rendre compte ensuite que les parois du sinus caverneux et de la carotide interne étaient envahies par la néoplasie. La lumière de la carotide était très réduite.

De là le néoplasme, irrégulièrement bosselé, s'étendait en soulevant la dure-mère jusqu'au plancher de l'étage moyen. Il occupait ainsi tout l'espace compris entre la fente sphénoïdale en avant, le rocher en arrière, en recouvrant la région des trous grand rond, ovale et petit rond. En dehors elle ne dépassait guère un plan sagittal allant de la partie moyenne de la fente sphénoïdale à la partie moyenne du rocher.

En avant la tumeur s'appliquait contre la fente sphénoïdale qu'elle obturait. En arrière elle se prolongeait sur la face antéro-externe du rocher. Elle contournait le sommet de cet os pour déborder sur la face endocranienne de l'apophyse basilaire.

A droite elle dépassait la paroi latérale de la selle tur-

cique; elle commençait à envahir le cavum Mekeli et le trijumeau du même côté.

La trépanation du plafond de l'orbite gauche a montré que la tumeur envoyait dans cette cavité un prolongement, sous forme d'un pédicule mince, terminé par un renflement du volume d'une noisette. Ce prolongement arrondi, lobulé, situé à la partie la plus reculée et la plus supérieure de l'orbite avait refoulé le globe oculaire en avant.

La trépanation du plancher de l'orbite et de sa paroi interne a montré que le sinus maxillaire était également envahi par la tumeur. En dehors la tumeur se prolongeait jusque dans la région ptérygo-maxillaire, en traversant la fente homonyme.

OBSERVATION XVIII

(*Prof. Erb, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*
1891, t. 1, fas. 5 et 6, page 371.)

A. S..., 53 ans, restaurateur, reçu à la clinique médicale du professeur Erb le 4 février 1893.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents morts tous deux à la suite d'une fièvre typhoïde.

Trois sœurs vivantes, en bonne santé, ne présentant aucun des symptômes relevés chez notre malade.

Histoire du malade jusqu'à son entrée dans le service du professeur Erb, à Heidelberg. — Adam Seip eut, à l'âge de 8 ans, une fièvre typhoïde, et, à 20 ans, une pneumonie. Depuis ce moment, sa santé resta bonne jusqu'au mois de septembre 1888, époque à laquelle il tomba malade à la suite d'un refroidissement.

Subitement apparurent de très fortes douleurs dans la tête, surtout dans la région occipitale gauche, douleurs qui

augmentaient d'intensité dans la position horizontale. — En même temps survint de la diplopie, sans autres troubles de la vision. — Pas de vomissements, pas de vertiges, pas de troubles de la marche.

En octobre, l'examen des yeux fait dans la clinique ophtalmologique donna le résultat suivant : parésie des muscles droit interne et droit supérieur ; rien d'anormal à l'ophtalmoscope.

A la suite de l'usage d'iodure de potassium, apparurent des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles ; les symptômes relevés à l'entrée dans la clinique augmentèrent et le malade se fit traiter ailleurs.

En janvier 1889, ressentant une pression très forte au-dessus de l'œil droit et des douleurs très violentes dans l'intérieur de ce dernier, il demanda à être de nouveau admis dans la clinique. On lui administra de l'iodure de potassium, mais bientôt apparurent des signes d'iodisme, et l'on dut cesser le traitement. — Par contre, les courants galvaniques appliqués sur la tête atténuèrent la douleur, et cette atténuation persistait souvent toute la journée. — Comme on n'obtenait pas d'amélioration autre, le malade fut conduit le 4 février 1889 à la clinique médicale.

Histoire du malade depuis son entrée dans le service du professeur Erb, le 4 février 1889 :

4 février. — Homme de taille moyenne, pâle, déprimé ; les organes internes ne paraissent pas altérés.

La plupart des nerfs craniens, principalement l'hypoglosse, le glosso-pharyngien, l'acoustique, l'olfactif, etc., fonctionnent normalement, tandis que du côté de l'oculomoteur commun droit il y a une très forte parésie du muscle droit interne, et une parésie moins accentuée du droit supérieur. Les pupilles sont égales des deux côtés ;

elles réagissent normalement à l'accommodation et à la lumière.

Pas d'altérations de la sensibilité ni de la motilité; pas d'altérations des réflexes; pas de troubles trophiques, ni sphinctériens.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine. — Pas de fièvre; — poids du corps : 50 kg. 7.

8 février. — Douleurs dans la tête, surtout dans la région occipitale droite. — Douleurs très violentes autour de l'œil droit. (Traitement : médication iodurée et bromurée, courants galvaniques, sachets de glace).

18 février. — Conjonctivite droite. La conjonctive du globe oculaire droit est très peu sensible à l'attouchement; l'œil reste presque constamment fermé. — Des vertiges et des bourdonnements d'oreilles surviennent régulièrement de suite après le lever. Les bourdonnements sont plus violents dans l'oreille droite.

25 février. — La conjonctivite a diminué. Sensations dans la fosse nasale droite; le malade maigrit et pâlit.

1^{er} mars. — Les douleurs sont moins fortes; la conjonctivite reste stationnaire. — Apparition d'un papillite droite constatée à l'ophtalmoscope. La concordance des symptômes observés jusqu'ici dans le domaine de l'oculo-moteur commun et de la première branche du trijumeau avec altérations du fond de l'œil droit, et, d'autre part, le manque d'autres symptômes de foyer, firent supposer que l'on était en présence d'une affection rétro-oculaire avec kératite d'origine neuro-paralytique.

14 mars. — En plus des douleurs dans la moitié droite de la tête il y en a de semblables dans l'oreille du même côté. Paresthésie dans la région sus-orbitaire droite.

19 mars. — Un examen rhinoscopique pratiqué par le professeur Juratz décèle de la rhinite chronique avec

sécrétion purulente épaisse et catarrhe purulent de la muqueuse de la cavité pharyngo-nasale. Dans l'orifice postérieur du nez, un peu à côté du cornet moyen, se trouve une tumeur transparente (polype). — Du côté du larynx, parésie des muscles thyro-aryténoïdiens internes.

31 mars. — Douleurs dans la tête; picotements dans l'œil droit; douleurs et raideur dans la nuque.

10 avril. — Douleurs surtout violentes dans la tempe droite. — La paralysie des muscles droit interne et droit supérieur du côté droit est toujours la même. L'acuité visuelle de l'œil droit ne paraît pas avoir changé; pas d'hémianopsie; pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

15 avril. — Extraction du polype nasal. Légère démangeaison dans l'aile droite du nez et dans l'angle interne de l'œil et sur le dos du nez. Le résultat de l'examen ophtalmoscopique est toujours le même.

28 avril. — Le malade éprouve dans la bouche une sensation qu'il compare à celle que produirait l'inflammation de toute la cavité buccale (on ne remarque rien à l'examen). — Bourdonnements dans l'oreille droite; le malade entend difficilement. Le visage et la conjonctive sont très rouges. Le poids a diminué de 3 kilogrammes.

5 mai. — Le malade perd le sens du goût.

9 mai. — Vertiges, bourdonnements à droite. La mastication provoque des douleurs dans tout le domaine du trijumeau droit. Les mouvements mimiques du côté droit de la face sont moins énergiques que ceux du côté gauche.

14 mai. — Parésie des muscles innervés par les trois branches du facial droit. La parésie est plus prononcée dans le domaine de la branche mentonnière. Les sillons des rides du côté droit sont beaucoup moins profonds que ceux du côté gauche. La lèvre supérieure se meut bien;

l'inférieure presque plus. Lorsque le malade essaie de siffler, l'air sort par l'angle droit de la bouche.

La contraction du muscle peaucier du cou est moins forte à droite qu'à gauche.

Les mouvements du voile du palais sont normaux, ceux de la langue aussi; pas de contractions fibrillaires ni d'atrophie: mais douleurs dans la moitié droite de la langue; le malade la sent comme si elle était enflée, de même que la muqueuse buccale droite.

La sensibilité au toucher est normale à droite, mais celle à la douleur et à la température est diminuée de ce côté dans le domaine de la V^e paire.

Parésie du muscle oblique inférieur et paralysie du muscle droit externe, à droite. Pupille droite plus dilatée que la gauche; leur réaction est faible des deux côtés. La sensibilité de la cornée droite a beaucoup diminuée et le réflexe cornéen manque.

L'excitabilité mécanique dans le domaine du facial est un peu plus forte à droite qu'à gauche.

L'acuité auditive est très diminuée à droite.

Les muscles masticateurs ont conservé leur force des deux côtés; pas de réflexe masséterin.

L'odorat et le goût ont beaucoup diminué du côté droit.

Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

18 juin. — La parésie faciale diminue. La réaction électrique existe dans tout le domaine du facial droit.

La sensibilité diminue dans le trijumeau droit. La cornée droite se trouble. A l'ophtalmoscope on constate que l'œil gauche est normal; la papille de l'œil droit est trouble, rouge, œdématisée. Les milieux liquides de l'œil sont remplis.

Diagnostic. — Névrite du nerf optique droit; pas de stase papillaire.

25 juin. — Douleurs de tête si violentes que le patient pousse des cris sans cesse. A droite, l'oreille ne perçoit plus le tic-tac d'une montre; à gauche il faut approcher la montre à moins de 1 centimètre de l'oreille. — Contractions fibrillaires dans le domaine du facial droit, surtout dans les branches inférieure et moyenne. Contractions fibrillaires dans le muscle masséter droit, lequel semble plus faible que le gauche. Sensations olfactives diminuées à droite. Goût amoindri dans la partie droite antérieure de la langue.

1^{er} juillet. — Réflexes tendineux et cutanés des extrémités inférieures normaux. Douleurs dans le domaine de la V^e paire à droite (angle de l'œil, front, tempe, etc.). Depuis peu de temps, douleurs dans les régions sus et sous-orbitaires gauches.

19 juillet. — Oti^{te} moyenne suppurée, avec perforation de la membrane du tympan; pas de bacilles tuberculeux dans la sécrétion. Parésie des muscles droit inférieur et droit interne du côté droit. L'état psychique n'est plus normal: le malade pleure beaucoup, parle de suicide et devient agressif envers les autres malades parce qu'ils parlent mal de lui.

25 septembre. — La pointe de la langue est déviée à droite. La pupille droite réagit à l'accommodation, mais pas à la lumière. Mydriase à droite. Parésie des muscles droits externe et supérieur gauches. Sensibilité diminuée dans la région sus-orbitaire gauche.

3^e octobre. — Parésie des muscles masticateurs qui deviennent presque complètement paralysés. Déglutition difficile, parésie faciale droite augmentée, contractions fibrillaires dans le domaine du facial droit et dans celui de la V^e paire (nerf du muscle temporal). Anesthésie dans le

domaine du trijumeau droit. Douleurs violentes et parésie dans les tempes et la région frontale.

12 novembre. — Sont atteints :

I. — Le nerf olfactif (fonctionne encore, mais faiblement des deux côtés).

II. — Le nerf optique (des deux côtés).

III. — Le nerf moteur oculaire commun (à droite il est complètement paralysé dans toutes ses branches, la pupille est fixée et ne réagit plus ; à gauche il fonctionne normalement).

IV. — Le nerf pathétique (paralysie à droite).

V. — Le nerf trijumeau (à droite il est paralysé, sa sensibilité a disparu, le réflexe cornéen fait défaut. La portion motrice du nerf est paralysée elle aussi ; atrophie du masséter, lenteur de l'excitabilité mécanique des muscles, maxillaire inférieur tombant sans que le malade puisse le relever. A gauche le trijumeau est en partie paralysé : anesthésie dans le domaine du nerf sus-orbitaire, sensibilité diminuée dans les 2^e et 3^e branches, portion motrice paralysée).

VI. — Les nerfs moteurs-oculaires externes sont : le droit paralysé, le gauche parésié.

VII. — Le nerf facial droit est parésié, le gauche normal.

VIII. — Nerf acoustique droit : surdité complète. — A gauche le malade entend mal (otite moyenne).

IX. — Le glosso-pharyngien est pris ; toutefois les saveurs sucrées, acides, salées, amères, sont assez bien perçues.

X. — Le nerf vague est atteint (pouls petit, battements cardiaques irréguliers, avec une fréquence de 132 par minute).

XI et XII. — Les nerfs spinal et hypoglosse sont peu altérés, mais plus à droite qu'à gauche.

Les réflexes tendineux et cutanés sont faibles, mais peu-

vent être perçus séparément. La sensibilité et la motilité sont intactes dans le reste du corps. L'excitabilité mécanique des muscles est augmentée par suite de l'amaigrissement considérable. L'état des sphincters est normal. Les poumons sont sains. Le cœur a des battements nets. L'abdomen est rétracté. Le foie et la rate n'offrent rien d'anormal. Le poids qui, à l'entrée, était de 50 kg. 7, est maintenant de 40 kg. 9.

23 décembre. — Pas de changement appréciable. Diminution très notable des forces et mort.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée par le Docteur Ernst. Cadavre maigre. Peau pigmentée, brunâtre. Voûte crânienne épaisse. A gauche de la suture sagittale, dans l'os pariétal, on remarque une plaque d'usure profonde, des dimensions d'une pièce d'un franc, produite par des granulations de Pacchioni. Dure-mère lisse sur sa surface interne; le cerveau est adhérent dans la fosse crânienne moyenne, quand on cherche à le sortir de la boîte crânienne il se déchire facilement. Les ventricules latéraux sont élargis, dilatés, et remplis d'un liquide incolore. Il y a infiltration œdémateuse de la pie-mère par endroits, de sorte que, enlevée, elle paraît comme vésiculeuse.

Dans la région de l'hypophyse se trouve une tumeur bosselée, rosée. On ne distingue pas très bien les limites de la selle turcique.

Dans la profondeur de la fosse crânienne moyenne gauche, on aperçoit une masse de la grosseur d'un pois; la fosse crânienne moyenne droite est complètement remplie par cette masse. La dure-mère environnante hyperhémée se laisse difficilement détacher en cet endroit. La tumeur ne pénètre pas dans la substance cérébrale. Le nerf moteur oculaire externe droit traverse un renflement de même couleur et de même consistance que la tumeur. Cette der-

nière est plutôt dure que molle. Les autres nerfs craniens n'offrent aucune altération macroscopique. Les sections du cerveau et de la moelle allongée ne font voir aucune lésion.

Diagnostic anatomique : *Tumeur du sphénoïde; adhérences de l'écorce cérébrale avec la dure-mère de la fosse crânienne moyenne; hydrocéphalie interne et externe.*

Après avoir laissé séjourner dans l'alcool pendant plusieurs mois les pièces de l'autopsie, on peut encore voir les rapports qui existaient entre la tumeur et les différents nerfs craniens. Le sphénoïde forme avec l'hypophyse une masse solide et unique. Les apophyses clinoides manquent. Par contre, la face supérieure de toute la tumeur est hérissée d'un certain nombre d'aspérités de la grosseur d'un pois, au niveau desquelles la dure-mère est très peu amincie. A gauche la tumeur pénètre très peu dans le sinus caverneux ; à droite au contraire elle est si étendue que la délimitation du sinus caverneux, de la selle turcique et de la région de l'hypophyse est impossible.

Les 3^e, 4^e et 6^e nerfs craniens droits ont encore leur volume et leur forme normaux en pénétrant dans la tumeur. En pratiquant une section frontale par le milieu de la selle turcique, on voit que le corps du sphénoïde, le sinus sphénoïde, le sinus sphénoïdal, la grande aile droite du sphénoïde, sont remplacés par la tumeur, et que l'os est détruit en partie. Les trous craniens de la fosse cérébrale moyenne sont cachés par la tumeur. Celle-ci, par suite de l'usure osseuse, s'étend encore en arrière sur la surface supérieure du rocher et jusque dans la région du sinus transverse. Le ganglion de Gasser avec ses trois branches est envahi par le néoplasme, de telle sorte que ni le ganglion ni ses branches ne se laissent isoler. Les 7^e et 8^e nerfs craniens sont également entourés par la tumeur, mais on peut encore les en

séparer. Le facial aussi est enclavé dans la masse. L'acoustique offre peu d'altérations.

Le néoplasme s'étend encore depuis le rocher jusque dans la moitié antérieure de la fosse crânienne postérieure. En avant, la tumeur atteint le foramen opticum, et le nerf optique droit est atrophié.

La fissure orbitaire droite est complètement tapissée par la tumeur; celle-ci s'étend également sur le sinus caverneux à gauche de la ligne médiane, mais sur un moins grand espace qu'à droite, de telle sorte que les nerfs se laissent assez facilement isoler. Le ganglion de Gasser et la 3^e branche du trijumeau sont inclus dans la tumeur. A gauche, la tumeur s'étend aussi en arrière, du côté de la fosse crânienne postérieure, et forme quelques nodosités sur le trou auditif interne et sur le trou jugulaire. Les nerfs crâniens qui passent par là sont facilement séparables. Le ganglion géniculé paraît un peu épaissi.

Telles sont les altérations produites par la tumeur à la base du crâne.

L'examen microscopique des nerfs et de la tumeur fit voir que l'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XIX

(*Guesnard, Journ. hebd. des sc. méd., t. I, p. 271, 1836.—
in Odile, Thèse, Paris, 1884.*)

B..., âgé de 7 ans.

Le 1^{er} janvier, sans cause connue, sans aucun symptôme précurseur, la paupière supérieure tomba sur le globe oculaire du côté droit, mais la santé générale est toujours conservée. Le 13 janvier seulement, l'enfant qui, la veille, s'était couché bien portant est pris de céphalalgie, de fris-

sons, et vomit à six heures et demie du matin après l'ingestion d'un peu d'eau de fleurs d'oranger; plus tard encore, un demi-verre de vin sucré rappelle les vomissements. Le même jour son père l'amène à l'hôpital.

A la première visite, il s'offrit dans l'état suivant : légèrement assoupi, s'éveillant à la moindre contrariété, sa face est un peu colorée, la vue paraît éteinte surtout du côté droit, et le globe oculaire de ce côté est recouvert par la paupière supérieure qui est paralysée; il est en même temps plus saillant que celui du côté opposé. La pupille très dilatée, est immobile; l'œil n'est nullement sensible à la lumière, ni même au contact d'un agent matériel, une plume par exemple qui vient irriter la conjonctive. Du côté gauche, l'œil est ouvert; la pupille plus dilatée qu'à l'état normal, l'est moins cependant que du côté opposé et se contracte légèrement; mais la sensation lumière, n'est pas perçue, tandis que la sensibilité tactile persiste, que les paupières se ferment dès qu'elles sont irritées par un corps étranger. Du reste, il n'y a pas de strabisme; les yeux paraissent se mouvoir de chaque côté dans leur orbite. Les autres organes des sens sont parfaitement conservés dans leur intégrité, l'enfant entend parfaitement, a conscience des odeurs et des saveurs, la sensibilité cutanée est partout dans son état normal. Le système locomoteur n'offre aucun phénomène morbide, si ce n'est que le malade s'agite assez souvent et grince quelquefois des dents. L'intelligence est parfaitement conservée. Les réponses sont justes mais faites avec impatience. Le malade accuse de la céphalalgie sans préciser de points douloureux. Aucun trouble ne se remarque du côté des organes digestifs; la langue est humide; le ventre est souple, non douloureux; les vomissements n'ont pas reparu; les évacuations alvines sont normales. La respiration est franche,

régulière; de temps à autre suspirieuse; le pouls est petit, à peine sensible et offre 114 pulsations par minute; la chaleur cutanée n'est pas élevée.

Des sinapismes sont appliqués aux jambes du petit malade, qui les sent impatiemment; et les 13 et 15 janvier on lui administre 3 gouttes d'huile de croton qui déterminent plusieurs selles liquides. Pendant les trois jours les mêmes symptômes se remarquent. La face se colore de temps à autre; il y a un peu d'agitation. Les commissures des lèvres du côté droit s'élève légèrement; cette élévation coïncide avec une élévation légère de tous les traits du même côté.

Le 16 janvier, le pouls est moins fréquent, plus sensible; le malade paraît mieux et demande à manger. Il avale avec avidité du sucre et un biscuit qu'on lui donne. La respiration cesse d'être suspirieuse.

Le 18 l'enfant n'attirait plus l'attention que par l'expression de sa physionomie, la vivacité de ses paroles et la médecine ne paraissait plus rien avoir à faire chez lui, si ce n'est à chercher à guérir son amaurose double et la légère hémiplegie qu'il présentait lorsqu'il fut pris d'une scarlatine. L'éruption s'en fit d'une manière assez bénigne et se termina bien au bout de quatre jours sans aucun accident; mais le 23 janvier le petit malade qui n'avait pas été vacciné, fut pris d'une variole. L'éruption eut une marche irrégulière et l'enfant succomba le 1^{er} février, après une courte agonie.

Autopsie. — Conformation normale du crâne. — Après avoir scié la voûte, il s'échappe un jet de liquide de son intérieur. Il existe du côté droit un kyste placé entre la dure-mère et les parois latérales du crâne. Ce kyste contenu dans une vaste excavation creusée aux dépens de la substance cérébrale s'étend aussi jusqu'à la base du cerveau qui se trouve de cette manière refoulé fortement en haut

dans son hémisphère droit. C'est sa déchirure qui a donné lieu à l'écoulement du liquide. Cette tumeur dont le volume peut être comparé à deux fois celui d'un œuf de poule occupait toute la fosse cérébrale moyenne, traversait en avant par une extrémité aplatie, comme étranglée, la fente sphénoïdale et là se prolongeait d'un travers de doigt dans la cavité orbitaire : en dedans elle soulevait l'extrémité antérieure de la tente du cervelet, pour pénétrer dans un enfoncement creusé au-dessus de la fosse pituitaire, dans le corps même du sphénoïde.

Ce kyste se trouvait accolé à une vésicule de même nature, de la grosseur d'une noix, placée dans le foyer pituitaire, entre la portion osseuse du corps sphénoïdal et la dure-mère qui l'environnait de tous côtés. Du côté gauche elle avait fortement écarté les sinus caverneux ; du côté droit, les sinus déjà soulevés par la première tumeur ne lui offraient plus de limites, et lui permettaient d'être en contact avec celle-ci. Outre ce deuxième kyste, il en existait d'autres du volume d'une lentille placés dans de petites excavations osseuses qu'offrait le corps du sphénoïde ; d'autres vésicules miliaires existaient plus profondément et furent prises avec des pinces ; elles étaient contenues dans les aréoles du tissu osseux : on en trouva une vingtaine.

Ces kystes sphénoïdaux sont remplis d'un liquide transparent. La poche vésiculaire présente une surface lisse ; la membrane qui la forme est composée de plusieurs feuillets.

La dure-mère détachée des os par les tumeurs offre dans quelques endroits des plaques opaques, comme osseuses ; dans d'autres points, elle est amincie, légèrement éraillée.

La substance cérébrale n'est ramollie dans aucun point, sa consistance, sa couleur sont normales ; l'hémisphère droit est remarquable par la compression qu'il a éprouvée ; fortement excavé à sa base et sur les côtés de son lobe moyen

ses circonvolutions ont en partie disparu et ses anfractuosités sont bien moins étendues. Le plancher du ventricule latéral droit s'élève un pouce plus haut que celui du côté opposé, et touche au plafond du même ventricule. La couche optique et le corps strié sont légèrement aplatis. Du reste aucun liquide n'existe dans les cavités du cerveau. Les nerfs optiques sont à l'état normal jusqu'à leur chiasma ; mais là ils commencent à être soulevés par la tumeur, jusqu'à leur entrée dans le trou optique où ils sont, pour ainsi dire, étranglés par la limite supérieure de ce trou. Celui du côté droit offre en outre des points aplatis, d'autres rétrécis et, à son entrée dans la sclérotique, il a moins de volume que celui du côté opposé. D'ailleurs les nerfs ne paraissent pas autrement altérés dans leur texture.

Les filets nerveux qui rampent dans la paroi externe du sinus caverneux ont subi tous une distension et une compression remarquables. Mais cet effet est marqué surtout pour la branche ophtalmique de la V^e paire qui se trouve d'autant plus tirillée que la tumeur soulève la dure-mère, à partir même de son point de séparation du ganglion de Gasser, qui se trouve accolé à la base du crâne.

L'altération la plus sensible est celle des os, assez semblable à celle que font éprouver les tumeurs anévrysmatiques. Ils sont rugueux, offrent des saillies entrecoupées d'enfoncements. Toute la fosse cérébrale moyenne, le corps du sphénoïde et son apophyse d'Ingrassias, ne sont plus recouverts par la dure-mère et ont perdu dans certains points leur lame interne ; dans d'autres, ils sont réduits à leur lame externe ; enfin ça et là le temporal paraît réduit à une sorte de feuillet transparent, crépitant comme du parchemin. C'est une altération analogue à celle qu'éprouvent les os du crâne lorsqu'ils sont en contact avec un fungus

de la dure-mère. Le trou maxillaire supérieur est rugueux et présente trois fois ses dimensions ordinaires.

La voûte orbitaire est beaucoup plus saillante du côté droit que du côté gauche. Les globes oculaires offrent un volume normal. L'œil gauche est dans un médiocre degré de dilatation; sa cornée est transparente; mais celui du côté opposé est fortement dilaté, sa cornée est opaque (altération ancienne causée par un accident), comme flétrie, la conjonctive y est fortement injectée.

Le foie sain d'ailleurs présente, dans son centre, une tumeur vésiculaire, semblable à celle qu'on a trouvée dans la cavité crânienne; elle est du volume d'une noix.

OBSERVATION XX

(v. Sydow, *J. P. Kinderk* 1862, p. 450. — Audry, *Lyon médical*, 16 Septembre 1888, p. 81.)

Enfant de 4 ans, souffrant d'une douleur vive dans l'oreille droite et d'un écoulement purulent à ce niveau. On rencontrait aussi dans ce point une excroissance polypeuse qu'on avait à plusieurs reprises cautérisée au nitrate d'argent et même enlevée. Peu à peu apparaissent des symptômes de compression cérébrale. Pupille droite dilatée, réagissant médiocrement, paralysie des muscles de la face à droite. Commissure labiale relevée à gauche; pointe linguale déviée à droite. Quelques semaines après les parties situées au-dessous et en arrière de l'oreille commencent à se tuméfier. A l'incision, issue d'un liquide purulent. La tumeur fluctuante semble en communication avec le conduit auditif et on découvre à travers la plaie du bistouri un bourgeon polypeux. L'intelligence est libre, l'état général est bon. La motilité et la sensibilité sont normales.

Deux mois après le début de la maladie apparaît du ptosis de la paupière supérieure droite. La cornée ne se nécrose pas. Anesthésie de la joue droite qui devient pâle, froide et œdémateuse. Ecoulement abondant par les narines du même côté. Puis les symptômes s'aggravent, les forces s'affaissent et le malade est obligé de garder le lit. La tumeur progresse derrière l'oreille droite, il se produit du catarrhe pulmonaire et la mort survient après des convulsions partielles.

Autopsie. — Il s'agit d'un cancer développé primitivement dans le rocher *droit*, au niveau de sa région pétreuse. L'os était à ce niveau infiltré d'une masse blanchâtre et molle dans laquelle se retrouvaient des parcelles osseuses. La fosse moyenne du crâne était tout entière remplie par une tumeur arrondie, de même nature qui envoyait un prolongement dans le conduit auditif interne. La fosse crânienne postérieure était aussi envahie. Enfin il existait en avant un prolongement qui gagnait la selle turcique et entourait le nerf optique. Le corps du sphénoïde était d'ailleurs lui-même pénétré par la tumeur qui envoyait un bourgeon piriforme vers le pharynx. Le cerveau et le cervelet étaient simplement aplatis du fait de la compression.

OBSERVATION XXI

(*Bell, Physiol. u. pathol. Untersuchungen d. Nervensystems.*
— *in Nothnagel, p. 498.*)

Un maréchal ferrant avait, à Waterloo, reçu une blessure au temporal et à l'os malaire du côté gauche; cinq ans, après il recevait à la même place une ruade de cheval. Les premiers phénomènes furent de la céphalgie et des vertiges suivis des mois durant, de douleurs excruciantes dans

le front et la mâchoire du côté gauche. Blépharoptose du côté gauche, fixité du globe oculaire, strabisme externe, compliqués plus tard de paralysie de l'oculo-moteur externe; à ce moment immobilité absolue du globe, dès lors maintenu droit, dilatation et immobilité de la pupille gauche; anesthésie de la moitié gauche de la face et de ses cavités, tandis que les douleurs y persistent en s'accroissant. Les fonctions visuelles de l'œil gauche conservées au début, se perdaient plus tard par une inflammation destructive de l'œil et l'ulcération de la cornée; paralysie de la mastication à gauche, avec atrophie des muscles masticateurs; la complication d'une paralysie faciale gauche disparaissait à son tour quelques mois après, tandis que les autres phénomènes persistaient jusqu'à la mort. Il n'existait pas de symptômes du côté d'autres nerfs craniens ou des extrémités.

Autopsie. — Sur le côté gauche de la selle turcique, adhérences de vieille date entre la dure-mère et les méninges molles du cerveau, qui présente en cette place un aspect plus rouge. Leur détachement met à nu une tumeur, qui antérieurement s'avance jusqu'à la fente sphénoïdale supérieure, sur le côté, jusqu'au trou petit rond, en arrière jusqu'à l'apophyse clinoïde postérieure. Elle occupait ainsi tout le sinus caverneux. Les nerfs oculo-moteur commun, pathétique, trijumeau, oculo-moteur externe étaient englobés dans le tissu fibro-caséeux du néoplasme, et atrophiés jusqu'à leur insertion. Le nerf optique se dirigeait au-dessus de lui revêtant une couleur gris terne.

OBSERVATION XXII

(Shaw, *Amer. Neurol. Assoc.* 1877, obs. II.)

M. P., 29 ans, a perdu la vue depuis plusieurs années. Bonne santé habituelle. Se plaint quelquefois de céphalalgie; de temps en temps, il a des défaillances et tombe par terre sans perdre connaissance. Pas de paralysie, pas d'anesthésie, pas de vomissements. Mort accidentellement à l'incendie du théâtre de Brooklyn.

Autopsie. — Sarcome kystique du volume d'une noix, occupant la fosse temporo-sphénoïdale gauche et s'enfonçant dans le lobe correspondant du cerveau.

OBSERVATION XXIII

(Charcot et Pitres, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, Paris 1878. — Ringrose.)

Femme de 80 ans, entrée dans l'hospice depuis plusieurs années pour une démence paisible. Myotilité conservée intacte jusqu'à la mort, qui eut lieu le 25 mars 1876. A l'*autopsie*, en trouva une tumeur du volume d'une petite pomme, adhérent à la dure-mère et s'enfonçant dans la face latérale du lobe temporo-sphénoïdal gauche, où elle s'est creusé une loge dont les parois sont formées par de la matière cérébrale ramollie. Au-dessus de cette cavité existent deux petits foyers hémorrhagiques gros comme des noisettes. Masses centrales saines.

OBSERVATION XXIV

(De Boyer, *Bull. de la Soc. anat.* 1877, page 612.)

Garçon épileptique de 14 ans, possédant la plénitude de ses facultés intellectuelles et de ses fonctions sensorielles, n'ayant nulle part présenté de paralysie motrice, ni rien qui fit supposer, qu'il eût des troubles hémilatéraux de la sensibilité (l'examen n'avait d'ailleurs pas porté particulièrement sur ce point.)

Autopsie. — Tout le lobe sphéno-occipital gauche est occupé à la base par un gros kyste qui siège au-dessous de la pie-mère et pénètre à une certaine profondeur dans la substance cérébrale. Il s'agit des restes d'un ramollissement qui ne va pas tout à fait jusqu'à l'extrémité postérieure du lobe occipal, mais empiète, en avant, jusque dans la scissure de Sylvius et même jusqu'à la face externe de l'hémisphère droit. Boyer croit ne devoir admettre aucun rapport entre ce foyer et l'épilepsie.

CHAPITRE III

Symptômes des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne

Telles sont les observations que nous avons pu réunir ; c'est en nous appuyant sur elles que nous tenterons de décrire les symptômes des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne.

Ces symptômes sont de deux ordres :

1° Les uns dépendent d'une compression générale des organes encéphaliques :

« (1) Ils s'observent avec des tumeurs de n'importe quel siège ; ils sont d'ordre mécanique et sont dus à ce que le crâne étant une paroi inextensible, toute néoplasie intracranienne réduit l'espace occupé par l'encéphale et ses liquides. De là des effets de compression générale qui dépendent beaucoup plus de la rapidité de croissance du

(1) Prof. Raymond, Clinique des maladies du système nerveux. — 3^e série, 1898.

néoplasme que de son siège ». Ainsi toutes les fois que la compression intra-cranienne augmentera, cette pression agira surtout sur les vaisseaux sanguins et produira l'anémie ; cette anémie par les troubles de nutrition qu'elle détermine deviendra la cause des troubles fonctionnels observés. De plus toute tumeur qui met obstacle par son siège à la circulation veineuse en retour occasionnera une hydrocéphalie rapide et des symptômes de tension intra-cranienne qui en sont la conséquence.

En second lieu on observe presque toujours des symptômes en rapport avec la compression ou la destruction plus ou moins complète par la tumeur, des parties de la masse encéphalique, situées dans la fosse cérébrale moyenne, et des nerfs craniens qui la traversent. Comme ces nerfs sont assez nombreux et comme leurs fonctions sont très dissemblables, il en résulte que les tumeurs de cette région ont une symptomatologie assez complexe.

A. — Symptômes de compression générale

1^o *Céphalalgie*. — Elle constitue la manifestation la plus précoce des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne. Elle peut être continue ou intermittente, à accès irréguliers de durée plus ou moins longue. Plus ou moins intense, elle est souvent assez pénible pour déterminer de l'insomnie ; elle varie avec la position du malade ; elle augmente tantôt dans la position assise, tantôt dans la position horizontale. Elle n'a pas de localisation fixe, elle est tantôt diffuse, tantôt limitée à la région pariétale ou aux globes oculaires.

2^o *Névrite optique*. — Les altérations connues sous ce nom

sont très fréquentes dans les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne. Nous les avons trouvées dans presque toutes les observations où l'examen ophtalmoscopique a été pratiqué. La névrite optique n'est jamais partielle, du moins quand la compression dure depuis un certain temps, elle affecte très vite la totalité de l'un ou des deux nerfs optiques, et dans ce dernier cas elle est souvent plus marquée d'un côté que de l'autre. Peytavy, Auvray, Glantenay, Martin, admettent que dans la plupart des cas de névrite unilatérale la tumeur siège du même côté que l'œil atteint, ou le plus atteint, dans le cas où la névrite est inégalement développée dans les deux yeux.

D'après Taylor, la présence ou l'absence de la névrite ne sont pas en corrélation constante avec le volume de la tumeur, mais la rapidité de développement de cette tumeur et l'excès de pression sont les éléments les plus importants de la production de cette lésion secondaire.

(1) D'après la majorité des ophtalmologistes, l'inflammation terminale du nerf optique, dans les tumeurs cérébrales, revêt deux formes :

1° La papillite par étranglement ou par stase ;

2° La névrite descendante au papillite simple.

Voyons quels sont les signes ophtalmoscopiques que présentent ces deux sortes de lésions :

1° *Papillite par stase*. — Au début on rencontre un rétrécissement des artères émergeant de la papille, en même temps qu'un état spécial, tortueux, des veines ; les infle-

(1) Dupont, De la névrite optique dans les affections cérébrales et cérébelleuses. — Thèse de Nancy, 1898.

xions décrites par celles-ci sont aussi bien dans le plan même de la rétine que dans le plan perpendiculaire. Bientôt les limites de la papille disparaissent; elle devient saillante; les vaisseaux sont couverts d'exsudats et semblent interrompus. En même temps on constate une striation particulière de la papille qui perd alors sa transparence et prend une teinte grisâtre uniforme. Cette teinte grisâtre se confondra plus tard à la périphérie, avec la teinte semblable de l'œdème péripapillaire. A ce moment la striation que nous venons de signaler disparaît.

Des hémorrhagies en flammèche peuvent apparaître autour de la papille ou sur elle-même. Plus tard survient de l'atrophie. « La papille s'aplatit, se décolore, nous dit M. Panas, et les vaisseaux devenus filiformes sont bordés d'un liseré blanc dû à la sclérose de leurs parois et à celle des fibres nerveuses adjacentes. »

2° *Névrite descendante ou papillite simple*. — Ici la papille ne fait pas de saillie notable. Mais les signes ophtalmoscopiques varient, d'après M. Panas, suivant la marche aiguë ou chronique de la névrite.

Dans la forme aiguë, une simple hyperhémie est la règle; à cela s'ajoute un reflet miroitant le long des vaisseaux, principalement des veines.

Dans la forme chronique, la papille plus ou moins saillante, revêt quelques-uns des caractères de la papillite par stase sauf que la saillie est moindre. A la période atrophique, elle s'en distingue par la délimitation plus nette des bords et l'absence de rétrécissement des vaisseaux (Panas).

De ces deux descriptions, il ne faudrait pas conclure que

ces deux types fussent toujours aussi nettement tranchés. Tant s'en faut. Et d'après Charcot ces deux formes ne sont que deux degrés différents d'une seule et même altération.

Il est à peu près admis par tous les auteurs que l'affection débute par l'œdème papillaire. L'œdème s'arrête tout d'abord à la lame criblée, puis la franchit et remonte le long du nerf optique. Les altérations peuvent remonter jusqu'au chiasma et même envahir les bandelettes, mais, dit M. Rochon-Duvigneaud (1), les lésions n'ont pas de caractère inflammatoire au début; il y a simplement œdème et congestion; la prolifération interstitielle du tissu conjonctif peut manquer complètement: ce qui concorde bien avec cette intégrité des tissus au début, c'est la conservation d'une vision intacte avec des papilles faisant une saillie plus considérable. Plus tard infiltration leucocytaire des tissus et prolifération conjonctive.

Symptômes fonctionnels de la névrite optique. — La cécité absolue peut se produire au début de la névrite optique, mais c'est un fait rare. Le plus souvent, la vision s'altère à mesure que la névrite se développe. Après un certain temps il survient un rétrécissement du champ visuel marqué surtout du côté nasal. Mais il n'y a pas parallélisme entre les lésions et la diminution de l'acuité visuelle. Quelquefois les troubles de la vue sont très légers, et pourtant l'œdème papillaire a acquis son plus haut degré.

Un symptôme que beaucoup d'auteurs considèrent

(1) Név. œdemat. d'orig. intra-cran. — *Arch. d'Ophth.* 1895.

comme pathognomonique de néoplasme intra-cranien, c'est la cécité périodique. Le malade peut être frappé subitement de cécité uni ou bilatérale. Cette cécité rarement durable rétrocede au bout de quelque temps, parfois très rapidement. Ainsi, chez un homme qui lit encore l'écriture la plus fine et a un bon champ visuel, apparaît brusquement la cécité sans autres troubles. Elle dure une ou deux minutes, quelquefois moins ; elle se répète six ou huit fois par jour et même plus.

La névrite optique reconnaît pour cause dans l'immense majorité des cas l'existence d'une tumeur cérébrale. Cependant il existe un certain nombre d'affections de l'encéphale et des méninges capables de donner naissance aux mêmes lésions de la papille, avec moins de fréquence toutefois que les tumeurs cérébrales. Telles sont l'hydrocéphalie, la méningite, les abcès encéphaliques, la phlébite des sinus, l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie générale.

3° *Vomissements*. — Ces vomissements sont spontanés ; ils se produisent sans effort, sans nausées prémonitoires, et sont indépendants de l'alimentation. Ils surviennent à des époques variables ; tantôt le matin à jeun, tantôt dans la journée, à l'apogée d'un paroxysme de céphalalgie, ou quand le malade passe du décubitus horizontal à l'attitude assise ou la station debout. Ces vomissements disparaissent souvent dans le cours du développement de la tumeur, pour ne plus se reproduire.

4° *Troubles psychiques*. — Les troubles psychiques sont assez fréquents, et présentent en général le même ensemble symptomatique. Le malade est somnolent, indifférent aux

questions; son intelligence, sa mémoire s'affaiblissent. Le caractère se modifie; le moindre motif irrite le malade, ses colères sont prompts et inexplicables.

5° *Vertiges*. — Ils peuvent être assez violents pour obliger le malade à garder le lit. Mais le plus souvent ils consistent en obnubilations passagères et engourdissement des membres. Ces troubles sont surtout marqués le matin après le lever; ils peuvent causer des défaillances, et le malade tombe sans perdre connaissance. — La marche est troublée; elle est mal assurée et titubante; les pieds sont écartés, on voit que le malade cherche à agrandir sa base de sustentation.

6° *Accès épileptiformes*. — Ils sont rares dans les tumeurs qui nous occupent. Ils se manifestent tantôt par des convulsions partielles, tantôt par des attaques convulsives accompagnées de perte de connaissance.

7° *Troubles de la respiration et du pouls*. — Ils sont liés à l'augmentation de pression intra-cranienne. Le pouls est quelquefois ralenti, petit, inégal, irrégulier; la respiration a souvent les mêmes caractères.

Les symptômes de compression diffuse de l'encéphale que nous venons de décrire, sont en général peu prononcés dans les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne. Dans une leçon sur le diagnostic des tumeurs cérébrales, M. le Professeur Raymond insiste sur ce point quand il dit : « Les phénomènes en rapport avec une compression diffuse de l'encéphale n'atteignent pas habituellement une intensité bien

considérable quand la tumeur siège dans la moitié antérieure de la base du crâne. Ce fait tient sans doute à ce que les tumeurs de cette région sont en quelque sorte bridées par la dure-mère qui gêne leur expansion et leur croissance. » C'est ce qui expliquerait la lente évolution de ces tumeurs, et l'absence fréquente des manifestations les plus saillantes de la compression générale de l'encéphale.

La névrite optique et la céphalalgie, sont les deux symptômes les plus fréquents, dans les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne. Ils peuvent dans certains cas, avoir quelque valeur localisatrice : la névrite optique quand elle est unilatérale, ou plus développée d'un côté que de l'autre, et quand elle résulte d'une compression directe par la tumeur de l'un ou des deux nerfs optiques; la céphalalgie quand elle est étroitement circonscrite dans la région frontale d'un côté, ou encore quand elle s'irradie dans le fond de la cavité orbitaire.

B. — Symptômes de localisation

Les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne, dès qu'elles se développent, rencontrent soit une partie constituante de l'encéphale, soit un ou plusieurs nerfs craniens. Il en résulte, soit une irritation de ces parties, soit une compression, soit une destruction. Les symptômes qui en sont la conséquence sont variables avec la région atteinte; c'est d'après eux qu'on pourra faire le diagnostic de la tumeur.

1° *Les tumeurs de l'espace interpédonculaire.* — Situées immédiatement en arrière du chiasma, compriment facilement ou détruisent le chiasma, les bandelettes optiques,

les pédoncules cérébraux, le nerf de la III^e paire et occasionnent ainsi une association de phénomènes morbides en rapport avec l'atteinte de ces parties.

En intéressant *le chiasma* (1) la tumeur donne lieu : 1^o à de l'hémianopsie latérale hétéronyme, c'est-à-dire à l'abolition de la perception visuelle dans la moitié droite d'un côté du champ visuel et dans la moitié gauche de l'autre côté; 2^o à des amblyopies et des amauroses généralement très accentuées et sans corrélation avec les signes ophtalmoscopiques qui révèlent des altérations peu intenses du fond de l'œil au moins au début; 3^o à la paresse ou à la suppression complète du réflexe pupillaire.

En intéressant la *bandelette optique droite*, la tumeur détermine de l'hémiopie de la moitié interne de l'œil gauche, ou de l'hémianopsie bilatérale droite, c'est-à-dire l'abolition de la perception visuelle dans les deux moitiés droites du champ visuel, suivant que la tumeur comprime seulement ou détruit cette bandelette. Si c'est la bandelette optique gauche qui est intéressée les phénomènes inverses se produisent : on a, suivant le degré de la lésion, de l'hémiopie dans la moitié interne de l'œil droit, ou bien de l'hémianopsie bilatérale gauche.

Comme la voie motrice suit, dans les pédoncules cérébraux, un trajet superficiel, elle sera comprimée par les tumeurs interpédonculaires. Sur cette partie de son parcours, la voie motrice n'a pas encore subi l'entrecroisement, autrement dit elle se compose de fibres nerveuses

(1) Jacquau. — Des troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs du chiasma. — Th. de Lyon, 1896.

destinées à la moitié opposée du corps, tandis que les nerfs craniens situés au voisinage, le nerf moteur oculaire commun en particulier, se répandent dans les organes situés du même côté.

La compression du pédoncule cérébral donnera donc lieu du côté opposé à la tumeur, à de la trépidation spinale, à de la paralysie des muscles de la langue et d'une grande partie de la face, à de l'hémiplégie, ou à de la paralysie des deux côtés lorsque les deux pédoncules cérébraux seront intéressés. Elle pourra encore produire de l'exagération des réflexes tendineux, et des phénomènes sensitifs dans les extrémités.

En raison de la proximité du nerf de la III^e paire, il y aura paralysie directe des muscles innervés par ce nerf, dont tous les filets pourront être paralysés ou une partie d'entre eux seulement. L'association des symptômes caractérisée par la paralysie directe de la III^e paire d'un côté et par une paralysie des membres, du facial et de l'hypoglosse du côté opposé constitue le syndrome de Weber.

Le voisinage des racines du nerf olfactif expose celles-ci à la compression, d'où l'anosmie que l'on peut observer dans les tumeurs interpédonculaires.

C'est en s'appuyant sur l'ensemble des phénomènes suivants : 1^o céphalalgie violente et tenace ; 2^o vomissements indépendants de l'alimentation ; 3^o névrite optique, totale à droite (amaurose de ce côté), partielle à gauche ; 4^o mydriase à droite avec abolition du réflexe lumineux de ce même côté, et légère divergence de l'œil droit en dehors (paralysie partielle de la III^e paire) ; 5^o hémioπie gauche ; 6^o hémianos-

mie complète du côté droit; 7° ébauche de trépidation spinale et exagération des réflexes tendineux, que M. le Professeur Raymond (Obs. I) fit le diagnostic de tumeur située en arrière du chiasma, comprimant et détruisant la bandelette optique droite, la bandelette olfactive droite, et agissant sur le pied du pédoncule droit. Les résultats de l'autopsie ont confirmé en tous points le diagnostic porté du vivant du malade.

Les tumeurs de la glande pituitaire n'ont pas en général une symptomatologie bien spéciale. Quand elles ne dépassent pas les limites de la selle turcique elles peuvent demeurer latentes. Cependant le nerf moteur oculaire commun, le chiasma, les bandelettes optiques et les pédoncules cérébraux sont souvent exposés aux accidents de compression que nous avons décrits plus haut.

Leclerc, dans la *Revue de Médecine* de 1887, attribue aux tumeurs de l'hypophyse les phénomènes cliniques suivants, quand elles atteignent un certain volume :

- 1° Amaurose double rapidement considérable;
- 2° Au début une discordance entre les signes insignifiants ou nuls révélés par l'examen du fond de l'œil (signe de Bernhardt);
- 3° Une ophtalmoplegie toujours double, parfois complète et totale avec abolition du réflexe pupillaire;
- 4° L'absence de phénomènes paralytiques et de troubles sensitifs, du côté de la motilité et de la sensibilité générale.

En ce qui concerne cette dernière proposition nous pensons avec Auvray que la tumeur en s'étendant peut

atteindre les pédoncules cérébraux et déterminer des phénomènes paralytiques.

Rath, en comparant 38 cas de tumeurs de la glande pituitaire, arrive aux conclusions suivantes :

On doit songer à une tumeur de l'hypophyse, quand on observe les symptômes suivants :

1° Douleurs dans la région frontale, avec irradiations dans la cavité orbitaire ;

2° Diminution de l'acuité visuelle (les deux yeux peuvent être atteints simultanément ou successivement. Au début, il peut ne pas y avoir de signes ophtalmoscopiques ; plus tard, il y a atrophie du nerf optique) ;

3° Hémianopsie ;

4° Strabisme ;

5° Faiblesse dans les jambes ;

6° Démence particulière ;

7° Quelquefois troubles de la motilité et de la sensibilité et diabète sucré ou insipide sans altération du plancher du quatrième ventricule.

Mensinga (1) insiste de plus sur la diminution notable de l'intelligence et sur l'état de sommeil très marqué des malades. Il ajoute que la destruction de la glande pituitaire peut donner naissance à des symptômes d'acromégalie.

2° *Les tumeurs de la fosse sphéno-temporale* donnent lieu à un ensemble très net de phénomènes morbides dus à la compression des III^e, IV^e, V^e et VI^e nerfs craniens. Le

1. Mensinga, *Über einen Fall von tumor der hypophysis cerebri*. Th. de Kiel, 1897.

chiasma et la bandelette optique seront atteints plus tardivement. Enfin on pourra observer des signes de compression du pédoncule correspondant.

La compression du nerf moteur oculaire commun par une tumeur a pour conséquence habituelle une paralysie du globe de l'œil, qui, suivant les circonstances, intéressera tous les muscles innervés par le nerf ou une partie d'entre eux seulement. Dans ces conditions on observe la chute de la paupière supérieure, la déviation du globe oculaire en dehors, de la mydriase et le défaut de réaction de la pupille à la lumière. Dans la paralysie complète du nerf, l'accommodation ne se fait plus.

La compression du nerf pathétique détermine une paralysie du muscle grand oblique de l'œil, qui se traduit par une rétraction du globe en haut et en dedans, et par la vue double des objets placés dans la moitié inférieure du champ visuel.

La compression du trijumeau sensitif a pour conséquence des troubles sensitifs variables. Hyperesthésie, névralgie, anesthésie. Son irritation se traduit par de la névralgie, sa compression par de l'anesthésie, de sorte qu'il peut y avoir en même temps névralgie dans le territoire d'innervation d'une branche, et anesthésie dans le territoire d'une autre branche.

L'irritation du nerf masticateur qui s'accôle à la branche maxillaire inférieure, se traduit par du trismus, sa compression par de la paralysie des muscles masticateurs.

A ces troubles sensitifs et moteurs viennent souvent s'ajouter des troubles trophiques et sécrétoires. Tous ces

troubles se produisent dans les régions innervées par les trois branches du trijumeau.

La compression du nerf ophtalmique se traduit par des troubles sensitifs dans la région frontale, dans la partie antérieure de la tempe, dans la région intersourcilière, la paupière supérieure, la racine du nez, la muqueuse de la partie antérieure de la cloison, et dans la cornée; par des troubles trophiques dans la conjonctive et la cornée (kératite, ulcérations); par des troubles sécrétoires dans les glandes lacrymales et nasales.

La compression du nerf maxillaire supérieur occasionne des troubles sensitifs dans la région de la pommette, la paupière inférieure, la peau et la muqueuse de l'aile du nez, la lèvre supérieure, le maxillaire supérieur, le voile du palais et la voûte palatine; des troubles trophiques dans la paupière inférieure (œdème blanc et mou); des troubles de sécrétion dans les glandes nasales (hypersécrétion).

Par suite de l'accolement du nerf masticateur à la branche maxillaire inférieure, la compression de cette branche se traduit à la fois par des troubles moteurs et sensitifs : contracture ou paralysie des muscles masticateurs, qui se traduit par l'abolition ou la diminution des mouvements d'élévation, d'abaissement, de diduction de la mâchoire inférieure (si un seul côté est atteint, la mâchoire est déviée et attirée du côté sain); anesthésie dans la région temporale, la partie latérale du cuir chevelu, le lobule, la partie antérieure du pavillon, la joue, le maxillaire inférieur, la langue et la muqueuse buccale. — On observe en outre des troubles dans la sécrétion de la salive.

Presque tous ces phénomènes de compression du nerf trijumeau que nous venons d'énumérer se trouvent réalisés dans l'observation du professeur Erb (Obs. XVII) que nous avons traduite de l'allemand. L'autopsie démontra que le néoplasme avait envahi les trois branches du trijumeau droit. Or, voici les phénomènes que l'on observa successivement, du vivant du malade : Violentes douleurs dans la région sus-orbitaire droite, et dans l'intérieur du globe de l'œil, inflammation et insensibilité de la conjonctive à l'attouchement, sensations dans la fosse nasale droite, kératite d'origine neuro-paralytique, douleurs dans l'oreille droite, paresthésie dans la région sus-orbitaire, violentes douleurs dans la tempe droite, démangeaisons dans l'angle interne de l'œil, l'aile droite et le dos du nez, sensation spéciale dans la cavité buccale, analogue à celle que produirait l'inflammation de toute cette cavité; douleurs provoquées par la mastication dans tout le domaine du trijumeau droit; douleurs dans la moitié droite de la langue; le malade la sent comme si elle était enflée, de même que la muqueuse buccale droite. — Sensibilité au toucher, normale à droite, mais celle à la douleur et à la température diminuée de ce côté, dans le domaine de la V^e paire; sensibilité de la cornée droite très diminuée. Diminution de la sensibilité, du côté droit de la face, trouble de la cornée. Parésie des muscles masticateurs qui deviennent presque complètement paralysés; lenteur de leur excitabilité musculaire; le maxillaire inférieur tombe, sans que le malade puisse le relever. Anesthésie dans tout le domaine du trijumeau droit.

La compression du nerf moteur oculaire externe par une tumeur a pour conséquence la déviation de l'œil en dedans, l'impossibilité de le déplacer en dehors, du strabisme et de la diplopie homonyme.

Les tumeurs situées à la partie externe de la fosse sphéno-temporale peuvent demeurer latentes. D'autres fois elles ne se traduisent que par des phénomènes d'une élévation de la pression intra-cranienne; d'autres fois enfin, elles donnent lieu à la démence paisible.

Les phénomènes morbides dus à la compression des III^e, IV^e, V^e et VI^e nerfs craniens siègent toujours du même côté que la tumeur. Celle-ci envoie souvent un prolongement dans la cavité orbitaire, on observe alors de l'exophtalmie. Cependant il faut savoir que l'on peut observer cette exophtalmie sans prolongement de la tumeur; la raison de ce fait réside alors dans une paralysie complète de tous les muscles des deux globes oculaires. (Leclerc).

CHAPITRE IV

Diagnostic

On pourra soupçonner l'existence d'une tumeur cérébrale, en se basant sur les symptômes de compression générale que nous avons décrits, et dont les plus importants sont : la névrite optique, la céphalalgie et les vomissements. La céphalalgie affecte un double caractère de ténacité et de violence; les vomissements sont spontanés et ne demandent pas d'autre effort que celui de l'acte lui-même. Lorsque cette symptomatologie se présente, on doit penser à une tumeur cérébrale, mais auparavant il faut éliminer plusieurs affections qui peuvent présenter les mêmes symptômes.

a) *Urémie*. — Dans l'intoxication urémique on peut observer de la céphalalgie, des vomissements, une diminution de la vision avec lésions de névro-rétinite. Il faut donc faire un examen des urines, un examen du cœur et des vaisseaux, un examen du fond de l'œil dans lequel on constatera des taches blanches de rétinite albuminurique.

b) *Encéphalopathie saturnine*. — Les accidents cérébraux désignés sous ce nom sont fréquemment annoncés par de la céphalalgie, des vomissements, des vertiges. Le diagnostic sera facilité par la profession du malade, par les atteintes qu'il a déjà subies, coliques de plomb, constipation opiniâtre, anémie, paralysie des extenseurs; par la présence du liseré saturnin sur les gencives, par l'absence de névrite optique.

c) *Abcès du cerveau*. — Les abcès du cerveau peuvent présenter une marche aiguë ou chronique. Lorsque le processus évolue rapidement la température élevée des malades, jointe à la notion d'un traumatisme antérieur, fait faire le diagnostic.

L'abcès chronique peut se présenter sans élévation sensible de la température. Il faut rechercher dans les antécédents, car ces abcès peuvent succéder à la pyohémie, à des suppurations du poulmon ou d'autres organes, à des lésions suppuratives de l'oreille moyenne ou des cavités des sinus. L'état de ces cavités doit donc être examiné avec soin.

d) *Hystérie*. — Elle peut simuler les tumeurs cérébrales : il faut donc rechercher avec grand soin les stigmates d'hystérie, de plus on n'observe jamais de névrite optique dans l'hystérie.

e) *Méningite*. — La méningite aiguë débute généralement par une période prodromique dans laquelle on observe des troubles visuels, de la céphalalgie, des vomissements. Pour la différencier d'une tumeur cérébrale, il faut tenir compte de son étiologie, de son évolution rapide,

des accès de fièvre. Enfin, chez les enfants, elle est plus fréquente que les tumeurs.

La méningite chronique circonscrite en plaques, peut simuler une tumeur cérébrale. Cependant, dans la méningite, la température est plus élevée, le pouls fréquent au début devient ensuite lent et irrégulier. La névrite optique est moins intense, la durée de la maladie est moins longue. La constipation, les phénomènes délirants, la raideur des muscles de la nuque, les grincements de dents sont plus spéciaux à la méningite.

f) *Migraine*. — En se basant sur la périodicité des accès de migraine, sur les caractères de la céphalalgie, sur l'absence de la névrite optique, sur l'absence de tout symptôme en dehors des attaques, et quelquefois sur l'efficacité du traitement, il n'est pas possible de confondre la migraine avec une tumeur cérébrale.

g) *Hémorrhagie cérébrale et ramollissement*. — On a affaire à des malades âgés, artério-scléreux, qui font le plus souvent une attaque d'apoplexie, et auxquels en cas de survie, il reste le plus souvent une hémiplégie. Un cas un peu particulier peut se présenter : on a vu, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, le sang s'écouler en avant de la gaine du nerf optique et causer une névrite.

h) *Paralysie générale*. — On y a noté de la névrite optique, revêtant les mêmes caractères que celle des tumeurs. La céphalalgie peut être intense ; mais les troubles délirants du début, les idées de grandeur, l'inégalité pupillaire, le tremblement spécial de la parole et la marche de la maladie affirment le diagnostic.

i) *Ostéites suppurées de la base*. — M. le Professeur Panas dans son *Traité des maladies des yeux*, insiste sur le diagnostic différentiel entre cette variété d'ostéite et les tumeurs cérébrales : « La plus commune des ostéites suppurées de la base est celle du sinus sphénoïdal, souvent affecté dans le cours de l'ozène et autres maladies des fosses nasales. L'inflammation partie de l'os détermine une méningite basilaire plastique ou suppurative, qui s'accompagne de papillite par stase.

« Dans un cas de ce genre on a diagnostiqué : tumeur du cerveau ; à l'autopsie, du pus et des néo-membranes remplissaient l'hexagone cérébral et englobaient dans leur masse le chiasma. Weichselbaum, Ruault, Schœffer, Berger citent des observations analogues. Kaplan insiste sur deux symptômes objectifs importants : la rougeur érysipelatoïde de la racine du nez, avec tuméfaction des paupières, et des écoulements purulents dans le naso-pharynx se produisant en général le matin, ou quand le malade penche la tête. »

j) *Céphalée neurasthénique et syphilitique*. — Les céphalées neurasthénique et syphilitique peuvent par leur intensité, par leur durée, faire tout d'abord naître l'hypothèse d'une tumeur cérébrale. Mais, dans la neurasthénie, les affections nombreuses dont se plaint le malade sont déjà un indice. Les vomissements sont rares, et s'il y a des vertiges, ils n'ont ni la fréquence, ni la violence des vertiges cérébraux. La céphalée elle-même n'est pas très douloureuse, elle est soit en casque, soit formant une plaque occipitale.

Quant à la céphalée syphilitique, les antécédents du

malade, les exacerbations nocturnes de la céphalalgie, et enfin l'influence du traitement spécifique, sont de précieux indices pour le diagnostic.

On est donc autorisé assez souvent, à présumer l'existence d'une tumeur cérébrale, mais il faut aller plus loin dans le diagnostic, et par l'étude que nous avons faite des symptômes des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne nous avons vu qu'il était possible quelquefois de faire ce diagnostic de localisation.

Dans les tumeurs de la base en général, aux symptômes de compression diffuse viennent presque toujours s'ajouter des symptômes en rapport avec la compression des nerfs craniens dont les origines apparentes se trouvent situées à la base des hémisphères. « Comme ces nerfs craniens sont nombreux, comme leurs rapports anatomiques varient en différents points, et comme leurs fonctions sont très dissemblables, il en résulte que les tumeurs de la base ont une symptomatologie très polymorphe qui se règle sur le siège de la tumeur. Aussi, malgré cette complexité apparente, le diagnostic topographique des tumeurs de la base peut être posé avec une assez grande rigueur dans la plupart des cas » (Prof. » Raymond).

Avec ces symptômes de compression locale, on observe souvent des phénomènes moteurs dans les extrémités, quand les voies conductrices du pédoncule cérébral, de la protubérance et de la moelle allongée participent à l'affection.

Il est des cas cependant où ces symptômes de compres-

sion locale ne sont pas nettement accusés : tantôt il sera impossible dans l'espèce de poser un diagnostic local déterminé, tantôt l'analyse minutieuse des phénomènes dans le détail, et leur récapitulation dans l'ensemble, conduiront malgré tout au diagnostic.

D'autres fois ces symptômes manquent totalement, et la tumeur ne se traduit alors que par des phénomènes d'une élévation de la pression intra-cranienne générale. Dans les cas de cette sorte, il sera possible quelquefois de déterminer la présence d'une tumeur à l'intérieur du crâne sans qu'on puisse rien décider du lieu où elle réside.

D'autres fois enfin, il peut arriver que les tumeurs de la base restent absolument latentes.

C'est donc par les signes en rapport avec la compression des nerfs craniens que le diagnostic d'une tumeur de la base pourra être porté. Nous allons chercher maintenant à mettre en relief les symptômes qui permettent de localiser cette tumeur dans une des fosses cérébrales, antérieure, moyenne ou postérieure. Nous nous appuierons pour cela, sur les rapports différents des nerfs craniens, dans chacune de ces fosses cérébrales, et sur les associations différentes de signes cliniques nés de la compression de ces nerfs.

Il est bien rare, cependant, qu'une tumeur débutant dans une fosse cérébrale, n'empiète pas sur la fosse cérébrale voisine. On s'appuiera alors sur la succession des symptômes pour déterminer le lieu où a débuté la tumeur.

Les tumeurs qui répondent à la *fosse cérébrale antérieure*, donnent lieu à des phénomènes en rapport avec la compression du chiasma, des nerfs optiques, des bande-

lètes olfactives et du lobe orbitaire : 1° Troubles visuels précoces; amblyopies et amauroses généralement très accentuées, hémianopsie latérale hétéronyme; amaurose totale unilatérale, quand un seul nerf optique est comprimé en totalité; hémioptie de la moitié interne de la rétine, quand il est comprimé en partie seulement; 2° Troubles olfactifs : hémianosmie quand une seule bandelette olfactive est comprimée; anosmie quand elles sont comprimées, les deux; 3° *Troubles démentiels* variables dans leur expression et qui pourront simuler ceux qu'on observe dans la paralysie générale.

Les tumeurs situées dans *la fosse cérébrale moyenne* déterminent des phénomènes de compression du côté du chiasma, des bandelettes optiques, des racines du nerf olfactif, des pédoncules cérébraux, de la glande pituitaire, et des III^e, IV^e, V^e et VI^e nerfs craniens.

Si la tumeur occupe la partie médiane de ce territoire, elle donne lieu : 1° à une amblyopie progressivement croissante ou à une hémianopsie; 2° au syndrome de Weber ou simplement à une ébauche de trépidation spinale, associée à une paralysie partielle de la III^e paire, comme dans la première observation que nous rapportons; 3° à de l'anosmie; 4° quelquefois à des symptômes d'acromégalie.

Située dans la fosse sphéno-temporale, la tumeur donne lieu à une association de symptômes dus à la compression des III^e, IV^e, V^e et VI^e nerfs craniens. — En ce qui concerne la compression du trijumeau, Erb et Nothnagel pensent que l'on peut sûrement inscrire à l'actif du siège basal et non du siège intra-cérébral, l'existence d'une névralgie

déclarée, avec ou sans anesthésie dans le domaine de ce nerf, parce que les enseignements de la pratique démontrent qu'on n'a pas encore observé ce phénomène dans une localisation intra-cérébrale. — En se développant, la tumeur comprimerait bientôt le chiasma, la bandelette optique et le pédoncule correspondant.

Quand la tumeur est située plus en dehors, elle peut ne pas donner lieu à des symptômes précis de localisation.

L'exophtalmie survenant du côté de la tumeur présumée dénote que celle-ci a poussé un prolongement le long de la gaine optique, et à travers la fente sphénoïdale, jusque dans la cavité orbitaire, en refoulant, d'arrière en avant, le globe de l'œil. — Le diagnostic entre une tumeur primitive de l'orbite et une tumeur qui envahit secondaires la cavité orbitaire, et qui n'est que le reflet d'une tumeur primitive de l'encéphale est alors difficile. — Dans ce cas, dit Audry (1), le médecin peut croire à l'existence de ces cancers de l'œil, qui sont si fréquents dans les premières années de la vie, et il peut pratiquer l'énucléation du globe oculaire. Les symptômes sont à peu près les mêmes. On a les trois périodes dans l'un et l'autre cas : 1^o exophtalmie ; 2^o perte de la vue ; 3^o moignon hideux qui fait hernie à travers les paupières.

Cependant, dans le cancer primitif des globes oculaires, Graefe et tous les ophtalmologistes signalent, dans les deux premières périodes, des taches néoplasiques blanchâtres qui parsèment la rétine et se réunissent pour former une

(1) Audry. — *Lyon Médical*, 1888.

tumeur gagnant vers le cristallin, en produisant peu à peu un aspect tout particulier, visible à l'œil nu (œil de chat amaurotique). Dans le cas de tumeur encéphalique on pourra se guider sur la bilatéralité fréquente des troubles oculaires et sur l'existence des phénomènes de compression générale de l'encéphale, enfin sur la succession des symptômes de compression locale.

Les tumeurs de la *fosse cérébrale postérieure* donnent lieu aux associations suivantes de symptômes décrites par M. le Professeur Raymond.

Supposons que la tumeur occupe le territoire limité par deux lignes transversales, parallèles, l'une passant à quelques millimètres en avant du bord antérieur de la protubérance, l'autre contiguë au bord postérieur de cette dernière. Une tumeur comprise entre ces limites peut donner lieu à des syndromes très variés :

a) Située en avant, près de la ligne médiane, elle pourra déterminer une paralysie alterne du type Weber, par suite de la compression qu'elle exerce sur le tronc de l'oculomoteur et sur le pédoncule cérébral.

Située un peu plus en arrière, elle pourra donner lieu à cette même variété de paralysie alterne, avec un élément surajouté la paralysie du trijumeau résultant de la compression de la V^e paire.

Située plus en arrière encore elle pourra donner lieu à une paralysie alterne, caractérisée par une hémiplegie motrice d'un côté, et par une paralysie de la VI^e paire ou de la VII^e paire (syndrome de Millard-Gubler) du côté opposé ou des deux à la fois.

Il peut arriver qu'une tumeur placée à ce même niveau, ne comprime que des nerfs craniens, et alors on peut observer les associations symptomatiques suivantes :

Une paralysie de la III^e et de la IV^e paire, avec phénomènes de compression de la V^e (douleur et anesthésie dans la sphère d'innervation du trijumeau).

Ces mêmes phénomènes de compression de la V^e paire associés à une paralysie de la VI^e, de la VII^e et de la VIII^e paire.

Cette même association symptomatique peut s'observer avec en plus des troubles de l'équilibration, qu'explique le voisinage des pédoncules cérébelleux moyens.

b) Quand la tumeur siège plus en dehors, quand la compression qu'elle exerce ne porte que sur la partie latérale du lobe occipito-temporal, elle peut de nouveau ne pas donner lieu à des phénomènes localisateurs bien tranchés. Il se peut aussi que dans ces cas on observe le phénomène de l'aphasie optique qui paraît dépendre d'une compression de la 2^e circonvolution occipito-temporale gauche.

Supposons maintenant que la tumeur soit située plus en arrière du territoire auquel nous avons assigné comme limite postérieure une ligne transversale contiguë au bord postérieur de la protubérance. En ce cas, et pour peu qu'elle s'avance vers la ligne médiane, elle comprimera le facial, l'auditif, le glosso-pharyngien, voire l'hypoglosse. On entrevoit quelle complexité de symptômes pourra résulter de la présence d'une tumeur à ce niveau. Sans compter que les phénomènes en rapport avec la compression du cervelet, ou avec la compression des pyramides antérieures,

et même avec la compression médiate de la voie sensitive pourront s'associer aux précédents.

Une tumeur située plus en arrière pourra comprimer le cervelet seulement et donner lieu aux manifestations connues sous le nom de syndrome cérébelleux, dont les éléments qui le composent sont représentés par la céphalalgie occipitale, par des vomissements sans efforts, par le vertige, l'ataxie dite cérébelleuse, l'asthénie musculaire, par de l'exagération des réflexes tendineux, par une amblyopie avec œdème des papilles, par le nystagmus.

Toutefois pour peu qu'une tumeur située à la partie latérale de la face inférieure du cervelet acquière un certain développement elle donnera lieu à des phénomènes en rapport avec la compression de l'un ou de plusieurs des nerfs qu'on trouve à ce niveau.

Une fois le diagnostic de tumeur de la fosse cérébrale moyenne posé, il reste à savoir de quelle *nature* est la tumeur présumée. Dans 46 cas, où l'examen histologique de la tumeur a été pratiqué, nous avons trouvé 8 sarcomes, 6 carcinomes et 2 kystes. Les sarcomes semblent donc affecter une prédilection pour la fosse cérébrale moyenne, souvent ils partent du temporal. On peut cependant trouver les autres variétés de tumeurs dans la fosse cérébrale moyenne, notamment le tubercule ou le syphilome.

C'est surtout en se basant sur l'âge du malade, sur ses antécédents héréditaires et personnels, sur son état général ou encore sur la constatation de tumeurs variées dans les autres parties du corps, sur l'évolution de l'affection, qu'on arrivera à présumer la nature de la tumeur.

On supposera l'existence d'une tumeur tuberculeuse, lorsque le malade sera un enfant ou un adolescent, car de toutes les variétés de tumeurs cérébrales qu'on observe dans l'enfance et dans l'adolescence, le tubercule est de beaucoup le plus fréquent.

Si la tuberculose n'est pas en jeu, on songera à l'origine syphilitique de la tumeur présumée. Dans une leçon sur le diagnostic général des tumeurs intra-craniennes, M. le Professeur Raymond a posé comme principe que chez un sujet jeune, quand la tuberculose n'est pas en jeu, il faut toujours songer à la syphilis héréditaire.

Chez l'adulte on supposera l'origine syphilitique de la tumeur, car le syphilome est fréquent à cet âge. Il faudra donc interroger et examiner le malade au point de vue de la syphilis acquise.

On supposera l'existence d'un sarcome, en se basant sur l'évolution rapide de la tumeur. Comme le carcinome est plus souvent secondaire que le sarcome, il y aura lieu de supposer l'existence d'un carcinome secondaire lorsque le malade présentera les manifestations d'un cancer situé dans quelque autre organe.

De même l'existence d'un kyste hydatique dans un organe devra faire supposer que la tumeur présumée est peut-être un kyste.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement

Le pronostic des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne est grave. Il est variable cependant, suivant leur siège et leur nature. Les régions de la fosse cérébrale moyenne, en effet, n'ont pas toute la même importance fonctionnelle. Les tumeurs de la partie externe pourront ne donner lieu qu'à des manifestations peu appréciables ou seulement diffuses; leur pronostic est donc moins grave que celui des tumeurs de la partie interne.

En dehors des cas où l'on se trouve en présence d'un syphilome, le pronostic doit être très réservé. Dans les observations de carcinomes que nous avons rapportées, la mort est survenue deux ou trois ans après l'apparition des premiers symptômes de la maladie; chez les enfants, la durée de l'affection n'a été que de deux à six mois. — L'évolution des sarcomes et des kystes paraît un peu moins rapide. Enfin, la durée des autres tumeurs, dont l'examen

histologique n'a pas été pratiqué, n'a jamais dépassé cinq ans.

Le pronostic des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne, et en particulier celui des tumeurs de l'espace interpédonculaire est encore aggravé parce qu'elles sont réfractaires aux ressources de la thérapeutique. En raison même de leur siège, elles ne sauraient être justiciables d'une intervention chirurgicale. On est donc obligé de recourir à une médication palliative. — Que la nature de la tumeur puisse être supposée ou non, le malade sera soumis à un traitement spécifique intensif, en associant l'iodure de potassium au mercure. Ce traitement devra être surveillé, non seulement à cause des accidents d'intoxication qui pourraient survenir, mais encore parce qu'il peut arriver que, sous l'influence de l'iodure de potassium, la croissance de la tumeur, si celle-ci n'est pas d'origine syphilitique, subisse comme un coup de fouet, ou qu'il se produise des poussées vasculaires. La syphilis est souvent améliorée, sinon guérie par ce traitement; elle n'est pas seule à en subir les bons effets; les tubercules sont quelquefois améliorés par l'iodure de potassium.

Si ce traitement spécifique suivi pendant un certain temps, ne donne pas de résultat, la médication purement symptomatique sera alors la seule ressource du médecin. — Le chirurgien pourra quelquefois intervenir palliativement et remédier dans certains cas aux symptômes généraux de compression. Voici, à ce propos, la conduite à tenir indiquée par M. Chipault. « Le chirurgien mis en présence d'une tumeur encéphalique diagnostiquée inextirpable

doit, si les symptômes de compression dominant la scène morbide, entreprendre, à l'exclusion des autres procédés palliatifs, une résection osseuse décompressive et, au contraire, si les symptômes de destruction l'emportent s'abstenir de toute intervention. »

CONCLUSIONS

Les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne peuvent donner lieu à deux ordres de symptômes :

1° A des symptômes de compression générale de l'encéphale, souvent peu prononcés;

2° A des symptômes d'irritation, de compression et de destruction locales, variables suivant le siège de la tumeur dans la fosse cérébrale moyenne.

Malgré la complexité apparente de ces signes cliniques, le diagnostic topographique peut être, dans certains cas, posé avec assez de rigueur, grâce à leur analyse rationnelle, et grâce aux différentes associations de symptômes auxquels donnent lieu la compression et des parties encéphaliques, et des nerfs craniens de la fosse cérébrale moyenne.

Le pronostic doit toujours être réservé.

Si la tumeur présumée n'est pas syphilitique, le médecin n'aura malheureusement d'autre ressource thérapeutique que la médication purement symptomatique.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUCHÉ. — *Glande pituitaire et ses maladies*. — Thèse de Paris 1873.
- AUDRY. — *Lyon Médical*, 16 septembre 1888, p. 74.
- AUDUREAU. — *A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées*. — Thèse de Paris, 1898.
- AUVRAY. — *Les tumeurs cérébrales. Clinique et chirurgie*. — Thèse de Paris, 1896.
- BELL. — *Physiol und Pathol Untersuchungen d Nervensystems*.
- BELUGOU. — *Tumeur de la selle turcique*. — *Marseille Méd.* 1891. xxviii. — p. 174-76.
- BLOCQ (P.) et G. GUINON. — *Arch. de Méd. experim.* 1^{er} janv. 1891.
- VAN BICKARDT. — *Zwei Tumoren der Hypophysis cerebri*. Inaug. Dissert. München, 1887.
- BOISSON. — *Sur un cas de tumeur de la base*. — Société d'anatomie pathologique de Belgique, 7 janvier 1888.
- BOURNEVILLE. — *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*.
- DE BOYER. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1877, p. 612.
- BRISSAUD. — *Leçons sur les maladies nerveuses*. — Salpêtrière, 1893-94.
- BROCA (A.) et SEBILEAU. — *Intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales*. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 693.
- BUERKEL. — *Fibrome de la base du crâne*. — Thèse de Wurtzbourg, 1898.
- CAZAN et PAUL. — *Sarcome du corps pituitaire* — *Brit. med. j.*, 1893. T. II, p. 1421.
- CHARCOT-BOUCHARD. — *Traité de Médecine*.
- CHARCOT et PITRES. — *Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères du cerveau*. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Paris, 1878.
- COROLLY-NORMANN. — *Un cas de tumeur intra-cranienne*. — *Journal of mental scienc.*, juillet 1890.
- DARIER. — *Bull. de la Soc. anat.* 1887, p. 117.
- DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*.

- DINKLER. — *Zur Casuistik der multiplen Hirnvenenlahmung durch Geschwülstbildung an der Schaedelbasis.* — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1891, t. I. fas. 5 et 6, p. 371.
- DUPONT. — *De la névrite optique dans les affections cérébrales et cérébelleuses.* — Thèse de Nancy, 1898.
- EKELUND et BJORKMANN. — *Prager Viertels.* 1863, p. 118.
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*
- GLANTENAY. — *Chirurgie du système nerveux.* — Thèse de Paris, 1896.
- GOODHART. — *Intra-cranial tumours.* — *The Lancet*, 1886. Vol. 1, p. 251.
- DE GRAEFE. — *Archives de de Graefe.* T. XII.
- GRASSET. — *Des localisations dans les maladies cérébrales.*
- GRENETS. — *Tumeur sarcomateuse de la base du cerveau* — Société anatomique. Paris, 21 janvier 1898.
- GUESNARD. — *Tumeur de la fosse cérébrale moyenne.*
— — *Journal heb. des sc. méd.*, t. I, p. 271. 1836.
- HENOCH. — *Charité Annalen* IV. — Jahrgg. Berlin, 1879.
- HERY. — *Des tubercules de la protubérance.* — Thèse de Paris, 1899.
- V. HOESSLIN. — *Münch. med. Wochenschr*, 1890. N° 49.
- JACOBSON et JAMANE. — *Sur la pathologie des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.* — *Archiv. f. Psychiatrie*, Berlin. T. XXIX. f. 1. 1896.
— *Revue neurologique*, 1897, p. 248.
- JACQUEAU. — *Des troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs du chiasma.* — Thèse de Lyon, 1896.
- KOCHLER. — *Des tumeurs de l'hypophyse.* — Thèse de Fribourg, 1897.
- LECLERC. — *Note sur trois cas de tumeurs intra-cranienues.* — *Revue de médecine*, t. VII, décembre 1887.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie.*
- LUYS. — *Société anatomique*, 1855, Mars. — Bulletin n° 3.
- LANCEREAUX. — *Société anatomique*, 1859, p. 105.
- MENSINGA. — *Über einen Fall von tumor der hypophysis cerebri.* — Thèse de Kiel, 1897.
- NOTHNAGEL. — *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale.* — Trad. par Keraval.
- ODILE. — *Des Kystes hydatiques de la base du crâne.* — Thèse de Paris, 1884.
- PANAS. — *Traité des maladies des yeux.*
- PEYTAVY. — *Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales.* — Thèse de Paris, 1893.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine.* — Syst. nerveux

- RAYMOND. — *Clinique des maladies du syst. nerveux.* — 3^e série. 1898.
— *Tumeur de la base de l'encéphale.* — *Semaine médicale* 4^{er} Mars 1899, p. 65.
- REYMOND. — *Tumeur du corps pituitaire.* — *Bull. soc. anat. de Paris*, 1893. p. 687.
- RINGROSE-ATKINS. — *Brain*, t. I, p. 410.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Névrite œdémateuse d'origine intracranienne.* — *Arch. d'opht.*, 1893.
- ROSENTHAL, — *Tumeur de l'espace interpedonculaire.* — *Oestr. med. Jahrb*, 1870, p. 236.
— *Handbuch der Diagnostik and Therapie der Nervenkrankheiten* 1870.
- SANGER. — *Tumor basiscerebri.* — *Neurologisches Centralblatt*, 1896. N° 9, p. 427.
- SCHAW. — *Tumeur cérébrale sans troubles moteurs.* — *Amer. Neurol. Assoc.*, 1887, obs. II.
- SCHWIDOP. — *Ein Fall von Sarkom des Schadelbasis mit secundärer Affection des Schlafenbeins.* — *Arch. f. Ohrenh.*, Leipzig, 1893.
- TAPRET. — *Gliome du lobe sphénoïdal.* — *Bulletin de la Soc. anat.*, novembre 1877, p. 573.
- TAYLOR. — *Névrite optique dans ses rapports avec les tumeurs cérébrales et la trépanation.* — *Soc. opht. du Royaume-Uni et Ann. d'ocul.*, 1894.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie.*
- VIRCHOW. — *Tumeur gommeuse syphilitique de la base du crâne.* — *Sem. Méd.* 16 avril 1898.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....*	9
CHAPITRE PREMIER. — Rapports anatomiques de la fosse cérébrale moyenne.....	13
CHAPITRE II. — Observations.....	17
CHAPITRE III. — Symptômes des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne.....	84
A. — Symptômes de compression générale.....	85
1 ^o Céphalalgie.....	85
2 ^o Névrite optique { signes ophtalmoscopiques ...	85
{ signes fonctionnels	85
3 ^o Vomissements.....	89
4 ^o Troubles psychiques.....	89
5 ^o Veriges, accès épileptiformes, troubles de la respiration et du pouls.....	90
B. — Symptômes de localisation.....	91
1 ^o Tumeurs de l'espace interpédonculaire.....	91
2 ^o Tumeurs de la fosse sphéno-temporale.....	95
CHAPITRE IV. — Diagnostic.....	100
CHAPITRE V. — Pronostic et Traitement.....	112
CONCLUSIONS.....	115
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	116

